

Stand 13.05.2009

Hinweise:

M = Mindestangaben

Info = Informationsfrage

Txx = Transparenzkriterium

B = sonstige Bewertungsfrage

Erhebungsbogen
zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI
in der stationären Pflege
- XX. Monat 2009 -

Entwurf 13.05.2009

Erhebungsbogen zur Prüfung in der Einrichtung (Struktur- und Prozessqualität)

1. Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

M/Info	
1.1	Auftragsnummer:

Entwurf 13.05.2009

M/Info	
1.2 Daten zur Einrichtung	
a. Name	
b. Strasse	
c. PLZ/Ort	
d. Institutions- kennzeichen (IK)	1.
	2.
	3.
	4.
e. Telefon	
f. Fax	
g. E-Mail	
h. Internet-Adresse	
i. Träger/Inhaber	
j. Trägerart <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> freigemeinnützig <input type="checkbox"/> öffentlich <input type="checkbox"/> nicht zu ermitteln	
k. ggf. Verband	
l. Einrichtungsart <input type="checkbox"/> Stationär <input type="checkbox"/> Teilstationär <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	
m. Datum Abschluss Versorgungsvertrag	
n. Datum Inbetriebnahme der Einrichtung	
o. Heimleitung Name	
p. Verantw. PFK Name	
q. Stellv. verantw. PFK Name	
r. Heimmitwirkung <input type="checkbox"/> Heimbeirat <input type="checkbox"/> Heimfürsprecher	
s. ggf. vorhandene Zweigstellen/Filialen	
t. Zertifizierung <input type="checkbox"/> Liegt vor <input type="checkbox"/> Liegt nicht vor	

M/Info	
1.3 Daten zur Prüfung	
a. Auftraggeber Zuständiger Landesverband Pflegekassen / der	<input type="checkbox"/> AOK <input type="checkbox"/> KBS
	<input type="checkbox"/> BKK <input type="checkbox"/> LKK
	<input type="checkbox"/> IKK <input type="checkbox"/> vdek
b. Datum	
	von TT.MM.JJ bis TT.MM.JJ
c. Uhrzeit 1. Tag 2. Tag 3. Tag	
	von bis
	von bis
	von bis
d. Gesprächspartner der Einrichtung	
e. Prüfende(r) Gutachter	
f. An der Prüfung Beteiligte <input type="checkbox"/> Pflegekasse <input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger <input type="checkbox"/> Heimaufsicht <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Trägerverband <input type="checkbox"/> Sonstige: welche?	Namen
g. Ansprechpartner des MDK	Name
	E-Mailadresse

<small>M/Info</small>		
1.4 Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI		
a. <input type="checkbox"/> Regelprüfung		
b. <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Beschwerde Bewohner, Angehörige o.ä.) <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Hinweise von anderen Institutionen) <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (sonstige Hinweise)		
c. <input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung <input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung auf Antrag der Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> nach Regelprüfung <input type="checkbox"/> nach Anlassprüfung		
d. <input type="checkbox"/> nächtliche Prüfung		
e. Datum der letzten Prüfung durch den MDK		
		TT.MM.JJ
f. Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen	<input type="checkbox"/> Heimaufsicht	MM.TT
	<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt	
	<input type="checkbox"/> Sonstige	
	<input type="checkbox"/> keine Angaben	
	<input type="checkbox"/> Prüfung nach anerkanntem Prüfverfahren	

M/Info
1.5 Von der Pflegeeinrichtung zur Prüfung vorgelegte Unterlagen?

	ggf. Datum	liegt vor	liegt nicht vor	t.n.z.
Aufstellung über die Anzahl der vorgehaltenen und belegten Wohnplätze sowie der versorgten Bewohner, differenziert nach Wohnbereichen und Pflegestufen mit Datum		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
wohnbereichsbezogene Aufstellung über die Anzahl der Bewohner mit:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Wachkoma				
- Beatmungspflicht				
- Dekubitus				
- Blasenkatheter				
- PEG-Sonde				
- Fixierung				
- Kontraktur				
- vollständiger Immobilität				
- Tracheostoma				
- MRSA				
- Diabetes mellitus				
Versorgungsvertrag der Einrichtung/Strukturerhebungsbogen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ausbildungsnachweis der verantwortlichen Pflegefachkraft		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Weiterbildungsnachweis der verantwortlichen Pflegefachkraft		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ausbildungsnachweis der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pflegebezogene Ausbildungsnachweise der pflegerischen Mitarbeiter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aufstellung aller in der Pflege und Betreuung tätigen Mitarbeiter mit Name, Berufsausbildung und Beschäftigungsumfang		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
aktuelle Handzeichenliste		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Liste der von der Einrichtung vorgehaltenen Pflegehilfsmittel/Hilfsmittel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dienstpläne		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pflegeleitbild		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pflegekonzept		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hauswirtschaftskonzept		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Konzept soziale Betreuung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pflegedokumentationssystem		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schriftliche Mitteilung an Landesverbände der Pflegekassen über Zusatzleistungen nach § 88 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stellenbeschreibungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nachweise über Pflegevisiten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachweise über Fallbesprechungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachweise über Informationsweitergabe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nachweise über Dienstbesprechungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fortbildungsplan		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nachweise interne Fortbildung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nachweise externe Fortbildung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nachweise zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Organigramm		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nachweise externes Qualitätsmanagement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pflegestandards/Leitlinien/Richtlinien		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hygienestandard/-plan/-konzept		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Konzept zum Beschwerdemanagement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Regelungen zum Umgang mit personenbezogenen Notfällen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hauswirtschaftsbezogene Ausbildungsnachweise der hauswirtschaftlichen Mitarbeiter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/Info</small>
1.6 Art der Einrichtung und Versorgungssituation

	Vollstationäre Pflege	Kurzzeitpflege	Teilstationäre Pflege - Tag	Teilstationäre Pflege - Nacht	ggf. Bewohner im Schwerpunkt
vorgehaltene Plätze					
belegte Plätze					
davon vorgehaltene Plätze nach Organisationsform					
	angegliedert				
	eingestreut				
	solitär				

<small>M/Info</small>
1.7 Struktur der Wohn- und Pflegebereiche

Wohn-/Pflegebereich	Bereich auf 1 Ebene	Anzahl Zimmer mit Wohnplätze				Anzahl Bewohner	davon PEA	davon nach SGB XI eingestuft in Pflegestufe						
		1	2	3	> 3			keine	I	II	III	davon Härtefälle	noch nicht eingestuft	
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>													
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>													
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>													
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>													
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>													
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>													
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>													
		Gesamt:												

<small>M/Info</small>	
1.8 Nach Angabe der Pflegeeinrichtung Anzahl Bewohner mit:	
a. Wachkoma	
b. Beatmungspflicht	
c. Dekubitus	
d. Blasenkatheter	
e. PEG-Sonde	
f. Fixierung	
g. Kontraktur	
h. vollständiger Immobilität	
i. Tracheostoma	
j. MRSA	
k. Diabetes mellitus	

M/Info		ja	nein
1.9	Ist ein pflegefachlicher Schwerpunkt vereinbart?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welcher?			

M/Info		ja	nein
1.10	Werden Zusatzleistungen gemäß § 88 SGB XI von der Pflegeeinrichtung angeboten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?			

M/Info		ja	nein
1.11	Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?			
a.	<input type="checkbox"/> Grundpflege		
b.	<input type="checkbox"/> Behandlungspflege		
c.	<input type="checkbox"/> soziale Betreuung		
d.	<input type="checkbox"/> Speisen- und Getränkeversorgung		
e.	<input type="checkbox"/> Wäscheversorgung		
f.	<input type="checkbox"/> Hausreinigung		

Entwurf 13.05.2009

2. Allgemeine Angaben

<small>Info</small>					
2.1	Defizite in der Ausstattung bei:				
a.	<input type="checkbox"/> Stufenloser Eingang und Wohnbereich, (Niveauunterschiede sind mit Rampen ausgeglichen)				
b.	<input type="checkbox"/> Aufzüge mit großen, für Rollstuhlfahrer erreichbaren (Höhe unter 1,20 m) Bedienelementen				
c.	<input type="checkbox"/> Handläufe in den Fluren				
d.	<input type="checkbox"/> Haltegriffe im Sanitärbereich (Toiletten, Duschen, Badewannen)				
e.	<input type="checkbox"/> Bad und Toilette				
f.	<input type="checkbox"/> Fäkalienspülen				
g.	<input type="checkbox"/> intakte und erreichbare Rufanlage				
h.	<input type="checkbox"/> höhenverstellbare Pflegebetten				
i.	<input type="checkbox"/> Fußboden				
j.	<input type="checkbox"/> Beleuchtung				
k.	<input type="checkbox"/> allgemeine Orientierungshilfen (Speiseraum, WC, etc.)				
l.	<input type="checkbox"/> abschließbare Medikamentenschränke				
m.	<input type="checkbox"/> Sonstiges				
2.2 Wird bei der Gestaltung der Wohnräume den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner nach Privatheit und Wohnlichkeit Rechnung getragen?		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>	
<small>M/T56/B</small>					
a.	Ist die Gestaltung der Bewohnerzimmer z.B. mit eigenen Möbeln, persönlichen Gegenständen und Erinnerungsstücken sowie die Entscheidung über ihre Platzierung möglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>M/B</small>					
b.	Mitnahme Wäsche möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>M/B</small>					
c.	abschließbare Schubladen oder Fächer stehen für jeden Bewohner zur Verfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>M/T57/B</small>					
d.	Wirken die Bewohner an der Gestaltung der Gemeinschaftsräume mit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2.3 Bezüglich der strukturellen Anforderungen an die Versorgung von Bewohnern mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen trifft für die Einrichtung Folgendes zu:		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t.n.z.</small>	<small>E.</small>
<small>M/T40/B</small>					
a.	Sind zielgruppengerechte Bewegungs- und Aufenthaltsflächen vorhanden (auch nachts)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/T41/B</small>					
b.	Sind gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/T42/B</small>					
c.	Gibt es eine identifikationserleichternde Milieugestaltung in Zimmern und Aufenthaltsräumen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/T43/B</small>					
d.	Wird mit individuellen Orientierungshilfen, z.B. Fotos, gearbeitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>					
2.4	Ist für die Bewohner bei Bedarf das jederzeitige Verlassen und Betreten der Pflegeeinrichtung gewährleistet (z.B. durch Pförtner, Vergabe von Schlüsseln, Klingel etc.)?	<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t.n.z.</small>	<small>E.</small>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Aufbauorganisation Personal

3.1 Sind Verantwortungsbereiche und Aufgaben für die in der Pflege, sozialen Betreuung und hauswirtschaftlichen Versorgung beschäftigten Mitarbeiter verbindlich geregelt?		ja	nein	t.n.z.	E.
					<input type="checkbox"/>
a. Organisationsstruktur z.B. in Form eines Organigramms geregelt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Pflegefachkräfte z.B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Krankenpflegehelfer z.B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Altenpflegehelfer z.B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Verantwortungsbereiche/Aufgaben für angeleitete Kräfte in der Pflege z.B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Fortbildung, Anleitung)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Verantwortungsbereiche/Aufgaben für soziale Betreuung geregelt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
g. Verantwortungsbereiche/Aufgaben für hauswirtschaftliche Versorgung geregelt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Info					
3.2 Ist die verantwortliche Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Pflegekassen bekannt?		ja	nein		E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Info					
3.3 Die verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien:		ja	nein		
a. Pflegefachkraft		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. ausreichende Berufserfahrung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. sozialversicherungspflichtige Beschäftigung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. Weiterbildung zur Leitungsqualifikation		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Info					
3.4 Wie groß ist der Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft in dieser Einrichtung?					
Stunden					
Info					
3.5 Ist die verantwortliche Pflegefachkraft in der direkten Pflege tätig?		ja	nein		E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Mit welchem Stundenumfang?					
Info					
3.6 Ist die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Pflegekassen bekannt?		ja	nein		E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

B		ja	nein	E
3.7 Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien:				
B				
a.	<input type="checkbox"/> Pflegefachkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
b.	<input type="checkbox"/> sozialversicherungspflichtige Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Info						
3.8 Zusammensetzung Personal						
Pflege						
	Vollzeit Stunden/Woche	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		
	Anzahl MA	Anzahl MA	Stellen- umfang	Anzahl MA	Stellen- umfang	Gesamtstellen in Vollzeit
Geeignete Kräfte:						
Verantwortliche Pflegefachkraft						
Stellv. verantwortliche Pflegefachkraft						
Altenpfleger/in						
(Gesundheits- und) Krankenpfleger/in						
(Gesundheits- und) Kinderkrankenpfleger/in						
Heilerziehungspfleger/in						
Krankenpflegehelfer/in						
Altenpflegehelfer/in						
angelernte Kräfte						
Auszubildende						
Zivildienstleistende						
Freiwilliges soz. Jahr						
Sonstige						
soziale Betreuung						
Sozialpädagogen						
Sozialarbeiter/in						
Ergotherapeuten/ Beschäftigungstherapeuten						
Sonstige						
hauswirtschaftliche Versorgung						
hauswirtschaftliche Fachkräfte (2-3 jährige Ausb.)						
Hilfskräfte und angelernte Kräfte						

4. Ablauforganisation

4.1 Ist die Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert?		ja	nein	E.
<small>M/B</small>				<input type="checkbox"/>
a.	Verantwortlichkeit für Planung, Durchführung und Bewertung der Pflege als Aufgabe für Pflegefachkraft geregelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>				
b.	personelle Kontinuität der pflegerischen Versorgung geregelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.2 Nimmt die verantwortliche Pflegefachkraft ihre Aufgaben wahr?		ja	nein	t.n.z.
<small>B</small>				E.
a.	Umsetzung des Pflegekonzeptes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>B</small>				
b.	Organisation der fachlichen Planung, Durchführung und Evaluation der Pflegeprozesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>B</small>				
c.	Organisation für fachgerechte Führung der Pflegedokumentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>B</small>				
d.	an dem Pflegebedarf orientierte Dienstplanung der Pflegekräfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>B</small>				
e.	regelmäßige Durchführung der Dienstbesprechungen innerhalb des Pflegebereichs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>B</small>				
f.	ausreichende Zeit für die Aufgaben der verantwortlichen Pflegefachkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>				
4.3 Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung grundpflegerischer Tätigkeiten von Pflegehilfskräften durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet?		ja	nein	E.
<small>M/B</small>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4 Liegen geeignete Dienstpläne für die Pflege vor?		ja	nein	E.
<small>B</small>				<input type="checkbox"/>
a.	dokumentenecht (z.B. kein Bleistift, keine Überschreibungen, kein Tipp-Ex, keine unleserlichen Streichungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>B</small>				
b.	Soll-, Ist- und Ausfallzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>B</small>				
c.	Zeitpunkt der Gültigkeit und Einsatzort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>B</small>				
d.	vollständige Namen (Vor- und Zunamen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>B</small>				
e.	Qualifikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>B</small>				
f.	Umfang des Beschäftigungsverhältnisses (Wochen- oder Monatsarbeitszeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>B</small>				
g.	Legende für Dienst- und Arbeitszeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>B</small>				
h.	Datum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>B</small>				
i.	Unterschrift der verantwortlichen Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>B</small>				
j.	Übergabezeiten und Zeiten für Teambesprechungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4.5 Ist durch die Personaleinsatzplanung eine kontinuierliche Pflege- und Versorgung der Bewohner gegeben?		ja	nein	E. <input type="checkbox"/>
<small>M/B</small>				
a.	Kontinuität in der Pflege von Montag bis Freitag tagsüber gegeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>				
b.	Kontinuität in der Pflege nachts gegeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>				
c.	Besetzung an Wochenenden/Feiertagen mit Wochentagen vergleichbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>				
d.	Kontinuität in der sozialen Betreuung gegeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>				
e.	Kontinuität in der hauswirtschaftlichen Versorgung gegeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>				
4.6 Ist die Personaleinsatzplanung mit Blick auf den Versorgungs- und Pflegebedarf der Bewohner adäquat?		ja	nein	E. <input type="checkbox"/>
<small>M/B</small>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Entwurf 13.05.2009

5. Konzeptionelle Grundlagen

5.1	Wenn schwerpunktmäßig besondere Personengruppen versorgt werden: Werden die diesbezüglichen Anforderungen erfüllt?	ja	nein	t.n.z.	E.
	<small>B</small>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	schriftlich dargelegt im Einrichtungskonzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>B</small>				
b.	Pflegefachkräfte mit schwerpunktspezifischen Kenntnissen (Fort- und/oder Weiterbildung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>B</small>				
c.	Pflegehilfskräfte mit schwerpunktspezifischen Kenntnissen (Fortbildung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<small>B</small>				
d.	vereinbarte Anforderungen an den Schwerpunkt werden umgesetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>B</small>				
5.2	Liegt ein geeignetes schriftliches Pflegekonzept vor?	ja	nein	t.n.z.	E.
	<small>B</small>				<input type="checkbox"/>
a.	Aussagen zum Pflegemodell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>B</small>				
b.	Aussagen zum Pflegesystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>B</small>				
c.	Aussagen zum Pflegeprozess	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>B</small>				
d.	Aussagen zur innerbetrieblichen Kommunikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>B</small>				
e.	Aussagen zum Qualitätssicherungssystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>B</small>				
f.	Aussagen zur Leistungsbeschreibung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>B</small>				
g.	Aussagen zur Kooperation mit anderen Diensten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<small>B</small>				
h.	Aussagen zur räumliche Ausstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>B</small>				
i.	Aussagen zur personellen Ausstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>B</small>				
j.	Aussagen zur sachlichen Ausstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>B</small>				
5.3	Ist das Pflegekonzept den Mitarbeitern in der Pflege bekannt?	ja	nein		E.
	<small>B</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5.4	Gibt es schriftliche Regelungen bezüglich der sozialen Betreuung in einem Konzept?	ja	nein		E.
	<small>B</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5.5	Liegt ein geeignetes schriftliches Konzept zur hauswirtschaftlichen Versorgung vor?	ja	nein	t.n.z.	E.
	<small>B</small>				<input type="checkbox"/>
a.	Aussagen zur Leistungsgestaltung Verpflegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>B</small>				
b.	Aussagen zur Leistungsgestaltung Hausreinigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>B</small>				
c.	Aussagen zur Leistungsgestaltung Wäscheservice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>B</small>				
d.	Aussagen zur Kooperation mit anderen Diensten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<small>B</small>				
e.	Aussagen zur personellen Ausstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<small>B</small>				

		ja	nein	t.n.z.	E.
5.6	Ist das Konzept zur hauswirtschaftlichen Versorgung den Mitarbeitern bekannt?				<input type="checkbox"/>
	B				
a.	Mitarbeitern Pflege bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
b.	Mitarbeitern Hauswirtschaft bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Entwurf 13.05.2009

6. Qualitätsmanagement

B		ja	nein		E.
6.1	Ist die betriebliche Zuständigkeit für die Wahrnehmung der Aufgaben im Sinne des Qualitätsmanagements der Leitungsebene zugeordnet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
B		ja	nein		E.
6.2	Werden Maßnahmen der externen Qualitätssicherung durchgeführt (z.B. Mitwirkung an einrichtungsübergreifenden Qualitätskonferenzen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
B		ja	nein	t.n.z.	E.
6.3	Werden die für die stationäre Pflege relevanten Aussagen der Expertenstandards des DNQP im Rahmen des Qualitätsmanagements berücksichtigt oder sind konkrete Maßnahmen in dieser Hinsicht geplant?				<input type="checkbox"/>
M/B					
a.	Dekubitusprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M/B					
b.	Pflegerisches Schmerzmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B					
c.	Sturzprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B		ja	nein		E.
6.4	Werden Maßnahmen der internen Qualitätssicherung im Bereich Pflege durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
B		ja	nein		E.
6.5	Werden Maßnahmen der internen Qualitätssicherung im Bereich Hauswirtschaft durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
B		ja	nein		E.
6.6	Wird das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement entsprechend dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess (im Sinne des PDCA-Zyklus) gehandhabt?				<input type="checkbox"/>
M/B					
a.	Istanalyse, Zielformulierung und Maßnahmenplanung (Plan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M/B					
b.	Umsetzung (Do)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M/B					
c.	Überprüfung der Wirksamkeit (Check)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M/B					
d.	Anpassung der Maßnahmen (Act)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B		ja	nein		E.
6.7	Liegt in der Pflegeeinrichtung eine aktuelle Liste der in der Pflege eingesetzten Mitarbeiter mit Qualifikationen und ausgewiesenen Handzeichen vor?				<input type="checkbox"/>
B					
a.	aktuell (umfasst alle Mitarbeiter, die seit mehr als 1 Woche beschäftigt sind)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
b.	Nennung der Qualifikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
c.	Vor- und Zunamen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
d.	Handzeichen übereinstimmend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

6.8	Liegt ein bedarfsgerechter prospektiver Fortbildungsplan für alle Leistungsbereiche vor?	ja	nein	t.n.z.	E.
	M/B				<input type="checkbox"/>
a.	Fortbildungsplan Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	M/B				
b.	Fortbildungsplan soziale Betreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	M/B				
c.	Fortbildungsplan hauswirtschaftliche Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	M/B				
d.	bei Schwerpunkt schwerpunktspezifische Fortbildungen berücksichtigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.9	Werden alle in der Pflege, sozialen Betreuung und hauswirtschaftlichen Versorgung tätigen Mitarbeiter in die Fortbildung einbezogen?	ja	nein	t.n.z.	E.
	B				<input type="checkbox"/>
a.	Einbeziehung aller Mitarbeiter Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
b.	Einbeziehung aller Mitarbeiter soziale Betreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
c.	Einbeziehung aller Mitarbeiter hauswirtschaftliche Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.10	Werden aktuelle Fachliteratur und Fachzeitschriften für die Mitarbeiter in der Einrichtung im Bereich Pflege zugänglich vorgehalten?	ja	nein		E.
	B				<input type="checkbox"/>
a.	Auswahl aktueller tätigkeitsbezogener Fachbücher, die allen Mitarbeitern zugänglich ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
b.	mindestens eine periodisch erscheinende Fachzeitschrift, die allen Mitarbeitern z.B. per Umlauf zugänglich ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6.11	Wird ein geeignetes Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter in der Pflege nachweislich angewandt?	ja	nein	t.n.z.	E.
	B				<input type="checkbox"/>
a.	Zielvorgaben im Konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
b.	zeitlichen Vorgaben im Konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
c.	inhaltlichen Vorgaben im Konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
d.	Pflegefachkraft als Ansprechpartner im Konzept benannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
e.	Differenzierung nach Qualifikation der Mitarbeiter im Konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
f.	Einarbeitungsbeurteilung im Konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
g.	Konzept angewandt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.12	Werden Methoden zur Sicherstellung der Informationsweitergabe genutzt?	ja	nein	t.n.z.	E.
	M/B				<input type="checkbox"/>
a.	Übergabegespräche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	M/B				
b.	regelmäßigen Dienstbesprechungen Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	M/B				
c.	regelmäßigen Dienstbesprechungen soziale Betreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	M/B				
d.	regelmäßigen Dienstbesprechungen hauswirtschaftliche Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	M/B				
e.	professionsübergreifende Dienstbesprechungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	M/B				
f.	schriftlich fixierte Regelungen (z.B. Dienstanweisungen, Rundschreiben, Aushang, Intranet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

6.13 Gibt es schriftlich festgelegte und verbindliche Regelungen für Erste-Hilfe-Maßnahmen bei Bewohnern?		ja	nein	E.
				<input type="checkbox"/>
<small>M/T34/B</small>				
a.	Werden die Mitarbeiter regelmäßig in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/T35/B</small>				
b.	Existieren schriftliche Verfahrensanweisungen zu Erster Hilfe und Verhalten in Notfällen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/T55/B</small>				
6.14	Verfügt die Pflegeeinrichtung über ein Beschwerdemanagement?	ja	nein	E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Entwurf 13.05.2009

7. Pflegedokumentationssystem

B		ja	nein	E.	
7.1	Liegt ein einheitliches Pflegedokumentationssystem vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B		ja	nein	E.	
7.2	Können alle relevanten Informationen mit dem angewandten Pflegedokumentationssystem erfasst werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B					
a.	Stammdaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
b.	Pflegeanamnese/Informationssammlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
c.	Biografie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
d.	Bedürfnisse, Probleme und Fähigkeiten, Ziele und geplante Maßnahmen sowie die Evaluation der Ergebnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
e.	verordnete medizinische Behandlungspflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
f.	Gabe verordneter Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
g.	Durchführungsnachweis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
h.	Pflegebericht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
i.	Bewegungs- bzw. Lagerungsplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
j.	Trink-/Bilanzierungsplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
k.	Ernährungsplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
l.	Überleitungsbogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
m.	Wunddokumentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
n.	Dekubitusrisiko/Dekubitusrisikoskala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
o.	Fixierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
p.	Gewichtsverlauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
q.	Miktionsprotokoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
r.	Sturzrisiko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
s.	Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
7.3	Ist bei einer computergestützten Pflegedokumentation durch die Vergabe von Zugriffsrechten eine eindeutige Zuordnung von Eingaben in den PC zu Mitarbeitern möglich?	ja	nein	t.n.z.	E.
B				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	Zugriffsrechte für alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter eindeutig geregelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
b.	Eintragungen sind Mitarbeitern zugeordnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
c.	nachträgliche Eintragungen/Änderungen werden als solche gekennzeichnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

8. Hygiene

<small>M/T58/B</small>		ja	nein	E.	
8.1	Ist der Gesamteindruck der Einrichtung im Hinblick auf Sauberkeit und Hygiene gut? (z.B. Optische Sauberkeit, Ordnung, Geruch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>		ja	nein	E.	
8.2	Gibt es in der Pflegeeinrichtung ein angemessenes Hygienemanagement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>					
a.	innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Desinfektion und Umgang mit Sterilgut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>M/B</small>					
b.	Reinigung und Ver- und Entsorgung kontagiöser oder kontaminierter Gegenstände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>M/B</small>					
c.	Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensanweisungen wird regelmäßig überprüft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>M/B</small>					
d.	innerbetriebliche Verfahrensanweisungen Mitarbeitern bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>M/B</small>					
e.	alle im Rahmen des Hygienemanagements erforderlichen Desinfektionsmittel sind vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>M/B</small>					
<small>M/B</small>		ja	nein	E.	
8.3	Stehen den Mitarbeitern in stichprobenartig besuchten Wohnbereichen in erforderlichem Umfang Arbeitshilfen zur Verfügung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>B</small>					
a.	Handschuhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>B</small>					
b.	Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>B</small>					
c.	Schutzkleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>M/B</small>					
<small>M/B</small>		ja	nein	t.n.z.	E.
8.4	Wenn in der Pflegeeinrichtung Bewohner mit MRSA wohnen: Liegen geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Verpflegung

<small>M/T62/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>
9.1	Wird der Speiseplan in gut lesbarer Form bekannt gegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/B</small>				
9.2 Wird in der Einrichtung ein abwechslungsreiches, vielseitiges und bedarfsgerechtes Speiseangebot vorgehalten?		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>
<small>M/B</small>				
a.	Wahlmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/T60/B</small>				
b.	Wird Diätkost, z.B. für Menschen mit Diabetes angeboten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>				
c.	Wunschkost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/T45/B</small>				
d.	Gibt es ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Demenz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/T61/B</small>				
e.	Ist die Darbietung von Speisen und Getränken an den individuellen Fähigkeiten der Bewohner orientiert (z.B. wird die Nahrung nur bei tatsächlicher Notwendigkeit klein geschnitten oder als passierte Kost serviert)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>				
f.	bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Schluckstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/T63/B</small>				
g.	Orientieren die Portionsgrößen sich an den individuellen Wünschen der Bewohner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>Info</small>				
9.3	Zu welchen Zeiten werden die Mahlzeiten angeboten?			
a.	Frühstück			
		von	bis	
b.	Zwischenmahlzeit			
		von	bis	
c.	Mittagessen			
		von	bis	
d.	Zwischenmahlzeit/Kaffee			
		von	bis	
e.	Abendessen			
		von	bis	
f.	Spätmahlzeit			
		von	bis	
g.	Nachtmahlzeit			
		von	bis	
<small>M/T59/B</small>				
9.4	Kann der Zeitpunkt des Essens im Rahmen bestimmter Zeitkorridore frei gewählt werden?	<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t.n.z.</small>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.5 Findet eine angemessene Getränkeversorgung für die Bewohner zuzahlungsfrei statt?		ja	nein		E.
					<input type="checkbox"/>
M/B					
a.	Bewohner über Angebot nachvollziehbar informiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M/B					
b.	Kaltgetränke unbegrenzt und jederzeit verfügbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M/B					
c.	Warmgetränke unbegrenzt und jederzeit verfügbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9.6 Wird speziellen Erfordernissen der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr der Bewohner Rechnung getragen?		ja	nein	t.n.z.	E.
					<input type="checkbox"/>
B					
a.	geeignete Regelungen zur Vermeidung von Mangelernährung und Exsikkose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
b.	mindestens drei Haupt- und zwei Zwischenmahlzeiten angeboten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
c.	der Abstand zwischen der zuletzt für alle Bewohner angebotenen Mahlzeit am Abend und der ersten Mahlzeit am Morgen beträgt weniger als 12 Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
d.	der Abstand der zuletzt für Bewohner mit Diabetes mellitus oder gerontopsychiatrisch beeinträchtigte Bewohner angebotenen Mahlzeit am Abend und der ersten Mahlzeit am Morgen beträgt weniger als 10 Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/T64/B					
9.7	Werden Speisen und Getränke in für die Bewohner angenehmen Räumlichkeiten und entspannter Atmosphäre angeboten?	ja	nein	t.n.z.	E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

10. Soziale Betreuung

10.1	Werden Leistungen der sozialen Betreuung angeboten?	ja	nein		E.
	<small>M/T46/B</small>				<input type="checkbox"/>
a.	Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Gruppenangebote gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>M/T47/B</small>				
b.	Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Einzelangebote gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>M/T48/B</small>				
c.	Veranstaltet das Pflegeheim jahreszeitliche Feste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>M/T49/B</small>				
d.	Gibt es Aktivitäten zur Kontaktaufnahme/Kontaktpflege mit dem örtlichen Gemeinwesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>M/T50/B</small>				
e.	Gibt es Maßnahmen zur Kontaktpflege zu den Angehörigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>M/T51/B</small>				
10.2	Sind die Angebote der sozialen Betreuung auf die Struktur und Bedürfnisse der Bewohner ausgerichtet?	ja	nein		E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<small>B</small>				
10.3	Wird die soziale Betreuung durch festangestellte Mitarbeiter koordiniert?	ja	nein		E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<small>B</small>				
10.4	Besitzt der für die Betreuung der gerontopsychiatrisch beeinträchtigten Bewohner zuständige Mitarbeiter spezielle Kenntnisse (Fort- und/oder Weiterbildung)?	ja	nein	<small>l.n.z.</small>	E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja welche?				
10.5	Ist das Angebot an sozialer Betreuung ausreichend?	ja	nein		E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
a.	Angebot zu unterschiedlichen Tageszeiten (z.B. Montag vormittags, Dienstag nachmittags)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>M/B</small>				
b.	für Bewohner mit vollständiger Immobilität nahezu tägliches Angebot zur Tagesstrukturierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>M/B</small>				
c.	für Bewohner mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen (z.B. Demenz, Depression) nahezu tägliches Angebot zur Tagesstrukturierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>B</small>				
10.6	Werden diese Angebote den Bewohnern in geeigneter Weise zur Kenntnis gebracht?	ja	nein		E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<small>B</small>				
10.7	Wird Beratung angeboten?	ja	nein		E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<small>B</small>				
10.8	Wird die Eingewöhnung der Bewohner in die Pflegeeinrichtung systematisch begleitet?	ja	nein		E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<small>M/T52/B</small>				
a.	Gibt es Hilfestellungen zur Eingewöhnung in die Pflegeeinrichtung (z.B. Bezugspersonen, Unterstützung bei der Orientierung, Integrationsgespräch nach 6 Wochen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>M/T53/B</small>				
b.	Wird die Eingewöhnungsphase systematisch ausgewertet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>M/T54/B</small>				
10.9	Gibt es ein Angebot zur Sterbebegleitung auf der Basis eines Konzeptes?	ja	nein		E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Erhebungsbogen zur Prüfung beim Bewohner (Prozess- und Ergebnisqualität)

11. Allgemeine Angaben

M/Info						
11.1	Auftragsnummer:					
	Datum		Uhrzeit		Nummer Erhebungsbogen	

M/Info						
11.2 Angaben zum Bewohner						
a.	Name					
b.	Pflegekasse					
c.	Pflege-/Wohnbereich					
d.	Geburtsdatum					
e.	Einzugsdatum					
f.	Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung					
g.	Pflegestufe					
	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> Härtefall	<input type="checkbox"/> nicht pflegebedürftig (SGB XI)	<input type="checkbox"/> noch nicht eingestuft	
h.	Ist die Alltagskompetenz nach Angaben der Pflegeeinrichtung eingeschränkt?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Ist der Bewohner mit der Feststellung des Pflegezustandes einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Vorhandene Unterlagen					

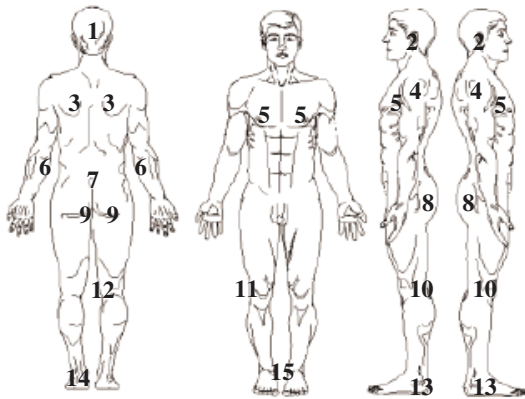
M/Info						
11.3 Anwesende Personen						
a.	Gutachter					
b.	Mitarbeiter Einrichtung (Funktion/Qualifikation)					
c.	sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)					

12. Behandlungspflege

<small>M/T1/B</small>		ja	nein	t.n.z.	E.
12.1	Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/T2/B</small>		ja	nein	t.n.z.	E.
12.2	Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/T3/B</small>		ja	nein	t.n.z.	E.
12.3	Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/T4/B</small>		ja	nein	t.n.z.	E.
12.4	Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/Info</small>		ja	nein		
12.5	Hat der Bewohner chronische Schmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Von:				
	Gutachter beurteilt	<input type="checkbox"/>			
	Einrichtung übernommen	<input type="checkbox"/>			
<small>M/T20/B</small>		ja	nein	t.n.z.	E.
12.6	Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/T21/B</small>		ja	nein	t.n.z.	E.
12.7	Kooperiert das Pflegeheim bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/T12/B</small>		ja	nein	t.n.z.	E.
12.8	Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die verordneten Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/T5/B</small>		ja	nein	t.n.z.	E.
12.9	Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/B</small>		ja	nein	t.n.z.	E.
12.10	Ist der Umgang mit Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/Info
12.11 Beschreibung vorliegender Wunden

l.n.z.



- Legende:
 1 Hinterhaupt
 2 Ohrmuschel
 3 Schulterblatt
 4 Schulter
 5 Brustbein
 6 Ellenbogen
 7 Sacralbereich
 8 großer Rollhügel
 9 Gesäß
 10 Knie außen
 11 Kniescheibe
 12 Knie innen
 13 Knöchel außen
 14 Ferse
 15 Knöchel innen

Wunde 1	Art	Dekubitus	Ulcus Cruris	Diabetisches Fußsyndrom	sonstige chronische Wunde	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a.	Größe/Tiefe	_____ cm H x _____ cm B x _____ cm T				
b.	Ort der Entstehung	Einrichtung <input type="checkbox"/>	extern <input type="checkbox"/>	nicht nachvollziehbar <input type="checkbox"/>		
c.	Lokalisation	Bitte Nummer laut Legende eintragen: _____				
d.	Stadium	I	II	III	IV	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e.	Umgebung	weiß	rosig	gerötet	feucht	trocken
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Rand	rosig	rot	weich	hart	schmerzhaft
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Exsudat	kein	wenig	viel	klar	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h.	Zustand	fest	weich	rosa	rot	gelb
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Nekrose	keine	feucht	trocken	teilweise	vollständig
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Geruch	kein	übel riechend			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Wunde 2	Art	Dekubitus	Ulcus Cruris	Diabetisches Fußsyndrom	sonstige chronische Wunde	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a.	Größe/Tiefe	_____ cm H x _____ cm B x _____ cm T				
b.	Ort der Entstehung	Einrichtung <input type="checkbox"/>	extern <input type="checkbox"/>	nicht nachvollziehbar <input type="checkbox"/>		
c.	Lokalisation	Bitte Nummer laut Legende eintragen: _____				
d.	Stadium	I	II	III	IV	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e.	Umgebung	weiß	rosig	gerötet	feucht	trocken
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Rand	rosig	rot	weich	hart	schmerzhaft
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Exsudat	kein	wenig	viel	klar	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h.	Zustand	fest	weich	rosa	rot	gelb
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Nekrose	keine	feucht	trocken	teilweise	vollständig
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Geruch	kein	übel riechend			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

M/Info					
12.12	Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente)			t.n.z. <input type="checkbox"/>	
a.	Wunde 1				
b.	Wunde 2				
c.	Wunde 3				
M/T8/B					
12.13	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus nachvollziehbar?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
M/T10/B					
12.14	Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
M/T9/B					
12.15	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
M/T11/B					
12.16	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z.B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>

13. Mobilität

<small>M/Info</small>					
13.1	Bewohner angetroffen:				
a.	<input type="checkbox"/> liegend	<input type="checkbox"/> sitzend	<input type="checkbox"/> stehend		
b.	<input type="checkbox"/> Tageskleidung	<input type="checkbox"/> Nachtwäsche			

<small>M/Info</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>		
13.2	Bewegungsfähigkeit eingeschränkt			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Beschreibung			
a.	Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	(inklusive Paresen, Kontrakturen)			
b.	Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten				
c.	Lageveränderung im Bett				
d.	Aufstehen				
e.	Sitzen				
f.	Stehen				
g.	Gehen				

<small>M/Info</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>		
13.3	Liegt ein Sturzrisiko vor?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/>				
	Einrichtung übernommen <input type="checkbox"/>				

<small>M/T24/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>
13.4	Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T25/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t.n.z.</small>	<small>E.</small>
13.5	Werden Sturzereignisse dokumentiert?				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T26/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t.n.z.</small>	<small>E.</small>
13.6	Werden erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/Info</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>		
13.7	Liegt ein Dekubitusrisiko vor?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Punkte ____	nach: Norton <input type="checkbox"/>	Von: Gutachter erhoben <input type="checkbox"/>		
		Braden <input type="checkbox"/>	Einrichtung übernommen <input type="checkbox"/>		
		Sonstige <input type="checkbox"/>			

<small>M/T6/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>
13.8	Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T7/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t.n.z.</small>	<small>E.</small>
13.9	Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/Info</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>		
13.10	Liegt ein Kontrakturrisiko vor?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/>				
	Einrichtung übernommen <input type="checkbox"/>				

<small>M/T27/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>	
13.11	Wird das individuelle Kontrakturrisiko erfasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/T28/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t.n.z.</small>	<small>E.</small>
13.12	Werden die erforderlichen Kontrakturprophylaxen durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Entwurf 13.05.2009

14. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

M/Info	
14.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung	
a. Aktuelles Gewicht	kg
b. Aktuelle Größe	cm
c. BMI (kg/m ²)	
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="checkbox"/> zugenommen <input type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input type="checkbox"/> kann nicht ermittelt werden
e. Flüssigkeitsversorgung	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten <input type="checkbox"/> kein Speichelsee unter Zunge

M/Info									
14.2 Der Bewohner ist versorgt mit:									
	Beschreibung								
a. <input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde	<input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus								
	<table border="1"> <tr> <td>Nahrung</td> <td>kcal/24 h</td> <td>Flussrate</td> <td>ml/h</td> </tr> <tr> <td>Flüssigkeit</td> <td>ml/24 h</td> <td>Flussrate</td> <td>ml/h</td> </tr> </table>	Nahrung	kcal/24 h	Flussrate	ml/h	Flüssigkeit	ml/24 h	Flussrate	ml/h
Nahrung	kcal/24 h	Flussrate	ml/h						
Flüssigkeit	ml/24 h	Flussrate	ml/h						
	(Zustand Sonde, Eintrittsstelle, Verband)								
b. <input type="checkbox"/> Subkutaner Infusion									
c. <input type="checkbox"/> i.v.-Infusion									
d. <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln									
e. <input type="checkbox"/> Sonstigem									

t.n.z.

M/Info	
14.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?	
Von:	
Gutachter beurteilt	<input type="checkbox"/>
Einrichtung übernommen	<input type="checkbox"/>

Ja nein

<small>M/Info</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>		
14.4	Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Von:					
	Gutachter beurteilt	<input type="checkbox"/>			
	Einrichtung übernommen	<input type="checkbox"/>			
<small>M/T13/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>	
14.5	Werden individuelle Ernährungsressourcen und Risiken erfasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/T16/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>	
14.6	Werden individuelle Ressourcen und Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/T14/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t.n.z.</small>	<small>E.</small>
14.7	Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Nahrungsversorgung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/T17/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t.n.z.</small>	<small>E.</small>
14.8	Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/T15/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>		<small>E.</small>
14.9	Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<small>M/T18/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>		<small>E.</small>
14.10	Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<small>M/T19/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t.n.z.</small>	<small>E.</small>
14.11	Wird bei Bewohnern mit Ernährungs sonden der Geschmackssinn angeregt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Urininkontinenz

M/Info		ja	nein	t.n.z.	E.
15.1 Der Bewohner ist versorgt mit:				<input type="checkbox"/>	
	Beschreibung				
a.	<input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter				
b.	<input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter				
c.	<input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten	<input type="checkbox"/> offen	<input type="checkbox"/> geschlossen		
d.	<input type="checkbox"/> Hilfsmitteln				
e.	<input type="checkbox"/> Sonstigem				
M/Info		ja	nein	t.n.z.	E.
15.2 Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Von:					
Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/>					
Einrichtung übernommen <input type="checkbox"/>					
M/T22/B		ja	nein	t.n.z.	E.
15.3 Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die individuellen Ressourcen und Risiken erfasst?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/T23/B		ja	nein	t.n.z.	E.
15.4 Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Umgang mit Demenz

M/Info		ja	nein		
16.1	Orientierung und Kommunikation				
a.	sinnvolles Gespräch möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	nonverbale Kommunikation möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M/T36/B		ja	nein	t.n.z.	E.
16.2	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Heimbewohners beachtet und bei der Tagesgestaltung berücksichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/T37/B		ja	nein	t.n.z.	E.
16.3	Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege einbezogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/T38/B		ja	nein	t.n.z.	E.
16.4	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung in der Pflegeplanung berücksichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/T44/B		ja	nein	t.n.z.	E.
16.5	Werden dem Bewohner mit Demenz geeignete Angebote gemacht, z.B. zur Bewegung, Kommunikation oder zur Wahrnehmung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/T39/B		ja	nein	t.n.z.	E.
16.6	Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag ermittelt und dokumentiert und werden daraus Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Körperpflege

<small>M/Info</small>	
17.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut	
	Beschreibung
a. <input type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)
b. <input type="checkbox"/> Besonderheiten	(Haare, Fuß-/Fingernägel, Zehenzwischenräume, Hautfalten, Bauchnabel)

<small>M/T31/B</small>	
17.2 Wird die erforderliche Körperpflege den Bedürfnissen und Gewohnheiten des Bewohners entsprechend durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z. <input type="checkbox"/> E.

<small>M/Info</small>	
17.3 Mundzustand/Zähne	
	Beschreibung
a. <input type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)
b. <input type="checkbox"/> Schleimhaut trocken	
c. <input type="checkbox"/> borkige Beläge	
d. <input type="checkbox"/> Schleimhautdefekte	
e. <input type="checkbox"/> Lippen trocken	
f. <input type="checkbox"/> Lippen Hautdefekte	
g. <input type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt	
h. <input type="checkbox"/> Sonstiges	

<small>M/T32/B</small>	
17.4 Wird die erforderliche Mund- und Zahnpflege den Bedürfnissen und Gewohnheiten des Bewohners entsprechend durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z. <input type="checkbox"/> E.

18. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

<small>M/B</small>		ja	nein		E.
18.1	Wird beim Pflegeprozess die individuelle soziale Betreuung berücksichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<small>M/T29/B</small>		ja	nein	t.n.z.	E.
18.2	Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/T30/B</small>		ja	nein	t.n.z.	E.
18.3	Wird die Notwendigkeit der freiheitseinschränkenden Maßnahmen regelmäßig überprüft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/T33/B</small>		ja	nein		E.
18.4	Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<small>M/B</small>		ja	nein		E.
18.5	Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<small>M/B</small>		ja	nein	t.n.z.	E.
18.6	Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Sonstiges

--

Erhebungsbogen zur Befragung der Bewohner

20. Befragung der Bewohner

M/Info						
20.1	Auftragsnummer:					
	Datum		Uhrzeit		Nummer Erhebungsbogen	

M/Info							
20.2	Angaben zum Bewohner					ja	nein
a.	Name						
b.	Pflegekasse						
c.	Pflege-/Wohnbereich						
d.	Geburtsdatum						
e.	Pflegestufe						
	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> Härtefall	<input type="checkbox"/> nicht pflegebedürftig (SGB XI)	<input type="checkbox"/> noch nicht eingestuft		
f.	Ist die Alltagskompetenz nach Angaben der Pflegeeinrichtung eingeschränkt?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Ist der Bewohner mit der Befragung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T72/B										
20.3	Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?					immer	häufig	geleg.	nie	k.A.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

M/T73/B											
20.4	Nehmen sich die Pflegenden ausreichend Zeit für Sie?					immer	häufig	geleg.	nie	tnz	k.A.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

M/T65/B											
20.5	Wird mit Ihnen der Zeitpunkt von Pflege- und Betreuungsmaßnahmen abgestimmt?					immer	häufig	geleg.	nie	tnz	k.A.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

M/T66/B										
20.6	Entscheiden Sie, ob Ihre Zimmertür offen oder geschlossen gehalten wird?					immer	häufig	geleg.	nie	k.A.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

M/T67/B											
20.7	Werden Sie von den Mitarbeitern motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen?					immer	häufig	geleg.	nie	tnz	k.A.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

M/T68/B											
20.8	Sorgen die Mitarbeiter dafür, dass Ihnen z.B. beim Waschen außer der Pflegekraft niemand zusehen kann?					immer	häufig	geleg.	nie	tnz	k.A.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

M/T74/B											
20.9	Fragen die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?					immer	häufig	geleg.	nie	tnz	k.A.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

M/T75/B											
20.10	Schmeckt Ihnen das Essen i.d.R.?					immer	häufig	geleg.	nie	tnz	k.A.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

<small>M/T171/B</small>		ja			nein	tnz	k.A.
20.11	Können Sie beim Mittagessen zwischen verschiedenen Gerichten auswählen?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/T176/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	tnz	k.A.
20.12	Sind Sie mit den Essenszeiten zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/T177/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	tnz	k.A.
20.13	Bekommen Sie Ihrer Meinung nach jederzeit ausreichend zuzahlungsfrei zu trinken angeboten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/T178/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	tnz	k.A.
20.14	Entsprechen die sozialen und kulturellen Angebote Ihren Interessen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/T179/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	tnz	k.A.
20.15	Wird Ihnen die Teilnahme an Beschäftigungsangeboten ermöglicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/T180/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	tnz	k.A.
20.16	Werden Ihnen Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien angeboten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/T181/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	tnz	k.A.
20.17	Können Sie jederzeit Besuch empfangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/T170/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie		k.A.
20.18	Entspricht die Hausreinigung Ihren Erwartungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<small>M/T182/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	tnz	k.A.
20.19	Erhalten Sie die zum Waschen abgegebene Wäsche zeitnah, vollständig und in einwandfreiem Zustand aus der Wäscherei zurück?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/T169/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	tnz	k.A.
20.20	Hat sich für Sie etwas zum Positiven geändert, wenn Sie sich beschwert haben? (Achtung Antwortkategorien verändert)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>