

**MDK-Anleitung
zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112, 114 SGB XI
in der stationären Pflege
- 10. November 2005 -**

Gliederung

I Grundlagen der Qualitätsentwicklung.....	3
II. Beratungsorientierter Prüfansatz	3
III. Verfahrensablauf.....	4
1. Allgemeine Angaben	4
2. Prüfungsumfang.....	5
3. Aufbau des Prüfberichtes	6
 Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Prüfung in der Einrichtung (Struktur- und Prozessqualität).....	 10
 Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Prüfung beim Bewohner (Prozess- und Ergebnisqualität).....	 52

I Grundlagen der Qualitätsentwicklung

Der gesetzliche Auftrag der Pflegekassen, eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten, erfordert eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Qualität.

Maßstab dafür sind u.a. die folgenden im SGB XI genannten Grundsätze:

- die Leistungen der Pflegeversicherung sollen helfen, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen
- die Leistungen der Pflegeversicherung sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte des Pflegebedürftigen wiederzugewinnen und zu erhalten (aktivierende Pflege)
- die Leistungen der Pflegeversicherung sollen ein Leben in Würde ermöglichen
- die Leistungen der Pflegeversicherung sollen die Pflegebereitschaft von Angehörigen, Nachbarn, Ehrenamtlichen und Selbsthilfegruppen erhalten und fördern
- die Leistungen der Pflegeversicherung sind mit anderen Leistungen (ärztliche Behandlung, rehabilitative Maßnahmen) zu koordinieren
- auf religiöse Bedürfnisse der Versicherten ist Rücksicht zu nehmen.

Darüber hinaus sind insbesondere die unten aufgeführten, für die Pflegeeinrichtung verbindlichen Regelungen zu berücksichtigen:

- Versorgungsverträge nach § 72 SGB XI
- Rahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI
- Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI
- Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen mit Pflegeheimen nach § 80a SGB XI
- §§ 112 ff. SGB XI
- sonstige bundes- und landesrechtliche Regelungen.

Die Aufgaben der MDK, die diesen im Zusammenhang mit der Umsetzung der Pflegeversicherung übertragen wurden, dienen in verschiedener Hinsicht der Entwicklung und Sicherung der Qualität von Pflegeleistungen. Sie wirken auf Landesebene (§ 75 Abs. 1 SGB XI) bei der Gestaltung der Rahmenverträge mit, in denen wesentliche Struktur- und Prozessqualitätselemente festgelegt werden. Sie beraten in den Landespflegeausschüssen (§ 92 Abs. 2 SGB XI) sachverständig in Fragen der Infrastrukturgestaltung und können von den Pflegekassen beim Abschluss von Versorgungsverträgen (§ 72 SGB XI) beteiligt werden. Sie können in unterschiedlichen Funktionen an regionalen Arbeitsgemeinschaften zur Entwicklung der Qualität (§ 12 SGB XI) teilnehmen und tragen damit zur Vernetzung bei. Der MDS ist bei der Gestaltung der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 80 SGB XI beteiligt. Im Mittelpunkt der hier vorliegenden Anleitung stehen die Aufgaben nach §§ 112 ff. SGB XI.

II. Beratungsorientierter Prüfansatz

Qualität und Qualitätssicherung haben im SGB XI einen hohen Stellenwert. Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind für die Qualität der Leistungen ihrer Einrichtung einschließlich der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität verantwortlich (§ 112 Abs. 1 SGB XI).

Darauf aufbauend wird in den vereinbarten Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung der internen Qualitätssicherung in den Pflegeeinrichtungen Priorität eingeräumt.

Unter Berücksichtigung dieser Prioritätensetzung führen die MDK nach einem beratungsorientierten Qualitätsentwicklungsverständnis eine externe Qualitätsprüfung durch und initiieren die gegebenenfalls notwendigen Impulse zur Qualitätsverbesserung. Der für die MDK-Anleitung gewählte beratungsorientierte Prüfansatz entspricht einem modernen Qualitätsentwicklungsverständnis, nach dem die Beratung einen wesentlichen Stellenwert einnimmt.

Die MDK sehen die durchzuführenden externen Qualitätsprüfungen somit als eine Einheit von Prüfung, Empfehlung von Maßnahmen und Beratung.

Ein solches Verständnis der externen Qualitätsprüfung setzt eine intensive Zusammenarbeit mit der Pflegeeinrichtung in allen Phasen des Prüfverfahrens voraus. Der MDK vermittelt der Pflegeeinrichtung während der Prüfung sein Aufgabenverständnis und seine Vorgehensweise. Eine solche Transparenz des Verfahrens fördert die notwendige Offenheit der Diskussion zwischen Pflegeeinrichtung und MDK-Gutachterteam.

Der beratungsorientierte Prüfansatz der MDK-Anleitung ermöglicht schon während der Qualitätsprüfung bei festgestellten Qualitätsdefiziten das Aufzeigen von Lösungsmöglichkeiten durch das MDK-Gutachterteam (Impulsberatung). Unter Berücksichtigung der Ist-Situation werden vom MDK bei festgestellten Qualitätsdefiziten Empfehlungen über notwendige Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung entwickelt. Diese Empfehlungen sind Bestandteil des vom MDK zu erstellenden Berichtes über die Qualitätsprüfung.

Aus dem dargestellten Aufgabenverständnis ergeben sich für die MDK besondere Anforderungen hinsichtlich der Fachkompetenz der Gutachterteams sowie der personellen Ressourcen für diese Aufgaben. Die Akzeptanz der Qualitätsprüfungen hängt vor allem von der Fachkompetenz der in den Gutachterteams eingesetzten Mitarbeiter sowie deren Vorgehensweise in diesem Aufgabenfeld ab.

III. Verfahrensablauf

1. Allgemeine Angaben

Nach § 112 Abs. 3 SGB XI sind Qualitätsprüfungen in Form von Einzelprüfungen, Stichprobenprüfungen oder vergleichenden Prüfungen durchzuführen. Nach § 115 Abs. 2 SGB XI können darüber hinaus Evaluationsprüfungen erforderlich werden. In Einzelfällen kann eine Kombination aus Einzel- und Evaluationsprüfung notwendig werden.

Bei **Einzelprüfungen** handelt es sich um anlassbezogene Prüfungen (z.B. Beschwerden).

Bei **Stichprobenprüfungen** soll aus allen zugelassenen Pflegeeinrichtungen (Grundgesamtheit) eine repräsentative Auswahl nach dem Zufallsprinzip vorgenommen werden. Stichprobenprüfungen erfolgen in einem festgelegten Turnus. Pflegeeinrichtungen, die in Einzelfall- oder in frühere Stichprobenprüfungen einbezogen waren, fallen aus der Grundgesamtheit heraus. Eine geeignete Stichprobengröße ist auf Landesebene festzulegen.

Vergleichende Prüfungen können z.B. stattfinden zwischen Pflegeeinrichtungen:

- die in demselben Ort, demselben Bezirk, derselben Region, demselben Bundesland, im gesamten Bundesgebiet angesiedelt sind,
- die eine vergleichbare Struktur aber sehr divergierende Pflegesätze/Vergütungssätze haben,
- die unterschiedlichen Trägerorganisationen angehören,
- bei denen eine Einzelfall- oder Stichprobenprüfung durchgeführt worden ist.

Evaluationsprüfungen sind Prüfungen, die im Zusammenhang mit einer zuvor durchgeführten Einzelprüfung, Stichprobenprüfung oder vergleichenden Prüfung stehen. Grundlage für diese Prüfung ist der Maßnahmenbescheid der Landesverbände der Pflegekassen nach § 115 Abs. 2 SGB XI. Ziel ist es, die Umsetzung der im Bescheid der Landesverbände der Pflegekassen festgelegten Maßnahmen zur Beseitigung festgestellter Qualitätsdefizite zu überprüfen.

Kombinierte Prüfungen werden durchgeführt, wenn gleichzeitig mit einer Evaluationsprüfung eine erneute Einzelprüfung erforderlich wird.

Zur Durchführung der Qualitätsprüfungen ist dem MDK Zugang zu den Pflegeeinrichtungen zu gewähren. Die Pflegeeinrichtung hat dem Prüfer auf Verlangen die für die Qualitätsprüfung notwendigen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Soweit erforderlich sind Kopien anzufertigen.

In einem Einführungsgespräch vermittelt das Prüfteam des MDK sein Aufgabenverständnis, seine Vorgehensweise und den erforderlichen Zeitaufwand für die Prüfung.

Von den in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen ist deren Einwilligung einzuholen (ggf. durch Betreuer oder Bevollmächtigten). Sie sind darüber zu informieren, dass die Verarbeitung der erhobenen Daten und Informationen unter Berücksichtigung der Vorschriften des Datenschutzes erfolgt. Der Schutz der Intimsphäre ist unbedingt zu beachten.

Bei den in die Prüfung einzubeziehenden Bewohnern wird der Erhebungsbogen zur Prüfung beim Bewohner immer vollständig ausgefüllt; sollte der Bewohner nicht auskunftsfähig sein, kann Kapitel 13 (Bewohnerzufriedenheit) entfallen.

In die Stichprobe sind einzubeziehen:

- Bewohner mit Pflegeproblemen (z.B. Bewohner mit Dekubitus, Inkontinenz, Problemen in der selbständigen Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, PEG-Sondenernährung, Personen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen, Kontrakturen, Sturzgefährdung, chronischen Schmerzzuständen)
- Um die Zufriedenheitsbefragung durchführen zu können, sollten auch auskunftsfähige Bewohner in die Prüfung einbezogen werden.
- Zusätzlich sind zu berücksichtigen, die Pflegestufenverteilung, die Verteilung nach Wohnbereichen, die bisherige Wohndauer (Bewohner mit kurzer, mittlerer und langer Wohndauer), räumliche Aspekte oder sonstige Besonderheiten, Bewohner mit einem vorhergegangenen Krankenhausaufenthalt.

Bei anlassbezogenen Prüfungen sollte nach Möglichkeit der Beschwerdeführer mit einbezogen werden.

Die Durchführung der Prüfung und die Erstellung des Prüfberichts erfolgen gemäß der Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR).

Unmittelbar nach Durchführung der Prüfung wird in einem Abschlussgespräch über vorläufige Ergebnisse informiert.

Dem MDK sollten die Ergebnisse der Anhörung sowie der Inhalt des Bescheides an die Pflegeeinrichtung bekanntgegeben werden. Der MDK bietet den Landesverbänden der Pflegekassen bei der Durchführung der Anhörung seine aktive Mitwirkung an.

2. Prüfungsumfang

Vollständige Prüfungen

Vollständige Prüfungen ermöglichen die Erhebung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität anhand dem „Erhebungsbogen zur Prüfung in der Einrichtung“ und dem „Erhebungsbogen zur Prüfung beim Bewohner“.

Teilprüfungen

Teilprüfungen ermöglichen die Erhebung der Qualität in bestimmten Teilbereichen.

Mindestinhalte für Teilprüfungen sind:

- alle für den Auftrag der Prüfung relevanten Bereiche aus dem „Erhebungsbogen zur Prüfung in der Einrichtung“ werden jeweils vollständig bearbeitet
- Der „Erhebungsbogen zur Prüfung beim Bewohner“ ist auch bei Teilprüfungen immer vollständig anzuwenden. Wie bei der vollständigen Prüfung ist auch hier die Stichprobengröße der Richtlinie anzuwenden. (siehe oben).

Vollständige Prüfungen und Teilprüfungen sind für die Berichterstattung nach § 118 Abs. 4 SGB XI zu erfassen und gehen in die bundesweite Statistik als solche ein. Bei der Durchführung von Teilprüfungen ist zu beachten, dass diese für die Darstellung der Qualität der einzelnen Einrichtung als auch für die Berichterstattung nach § 118 Abs. 4 SGB XI eine geringere Aussagekraft haben.

Prüfungsumfang bei den einzelnen Prüfungen

Einzelprüfungen (Anlassbezogene Prüfungen) werden in der Regel als vollständige Prüfungen durchgeführt. Teilprüfungen sind möglich. Die Mindestinhalte für Teilprüfungen sind einzuhalten.

Stichprobenprüfungen sind sinnvollerweise als vollständige Prüfungen durchzuführen.

Vergleichende Prüfungen werden in der Regel als vollständige Prüfungen durchgeführt. Teilprüfungen sind möglich. Die Mindestinhalte für Teilprüfungen sind einzuhalten.

Evaluationsprüfungen werden in der Regel als Teilprüfungen durchgeführt. Die Mindestinhalte für Teilprüfungen sind einzuhalten.

Kombinierte Prüfungen werden in der Regel als vollständige Prüfungen durchgeführt. Teilprüfungen sind möglich. Die Mindestinhalte für Teilprüfungen sind einzuhalten.

3. Aufbau des Prüfberichtes

Die Erstellung des Prüfberichts erfolgt auf der Grundlage der QPR und auf der Basis der Erhebungsbogen zur Prüfung in der Einrichtung und zur Prüfung beim Bewohner. Es wird empfohlen, den Prüfbericht EDV-gestützt zu erstellen. Dabei sind die im Folgenden dargestellten Anforderungen zu beachten:

Allgemeine Angaben zur Prüfung

Kapitel 1

Um die Identifikation des Prüfberichtes im Rahmen der Berichtspflicht nach § 118 SGB XI zu ermöglichen, wird eine Auftragsnummer vergeben. Die Auftragsnummer setzt sich wie folgt zusammen:

Position 1-6	erster Tag der Prüfung = TTMMJJ
Position 7	vollständige Prüfung = V Teilprüfung = T
Position 8	stationär = S ambulant = A Tagespflege = T Nachtpflege = N Kurzzeitpflege = K
Position 9-11	laufende Nummer der Prüfung im jeweiligen MDK/SMD
Position 12-13	MDK Baden-Württemberg = 18 MDK in Bayern = 19 MDK Berlin-Brandenburg = 01 MDK im Lande Bremen = 03 MDK Hamburg = 02 MDK in Hessen = 15 MDK Mecklenburg-Vorpommern = 21 MDK Niedersachsen = 12 MDK Nordrhein = 14 MDK Rheinland-Pfalz = 16 MDK Saarland = 17 MDK Sachsen = 25 MDK Sachsen-Anhalt = 23 MDK Schleswig-Holstein = 11 MDK Thüringen = 24 MDK Westfalen-Lippe = 13 SMD der Bundesknappschaft = 31
Beispiel: 300804VS00524	
(Prüfung am 30.08.04, vollständige Prüfung, vollstationäre Einrichtung, laufende Nr. 5, MDK Thüringen)	

In diesem Feld kann auch die Adresse des federführenden Landesverbandes der Pflegekasse eingetragen werden.

Die Angaben zu den Fragen 1.2 bis 1.11 werden automatisiert in den Bericht übernommen.

Die Fragen der **Kapitel 2 bis 10** werden anhand der Prüfanleitung bearbeitet. Die Fragen werden im Prüfbericht aufgelistet.

Der Erfüllungsgrad der Anforderungen zu jeder Frage wird automatisch entsprechend der eingegebenen Daten zu jeder Frage generiert. Nicht erfüllte Kriterien können im Freitext konkretisiert werden. Die Freitextpassagen aus dem Erhebungsbogen werden übernommen und ggf. zur Konkretisierung ergänzt oder modifiziert.

Antwortmöglichkeiten:

Bei dichotomen Fragen:

- Ja Die Anforderungen sind erfüllt.
- Nein Die Anforderungen sind nicht erfüllt.

Bei Fragen mit mehreren Kriterien:

- Alle Kriterien ja Die Anforderungen sind erfüllt.
- Nicht alle Kriterien ja X von Y Kriterien sind erfüllt, nicht erfüllte Kriterien werden benannt.

Beispiel

Frage 4.4 Liegen geeignete Dienstpläne für die Pflege vor?

Acht von zehn Kriterien sind erfüllt, die folgenden zwei Kriterien sind nicht erfüllt:

- z.B. dokumentenechte Darstellung
- z.B. Zeitpunkt der Gültigkeit und Einsatzort.

In **Kapitel 11** werden die allgemeinen Daten der besuchten Bewohner eingetragen.

In **Kapitel 12** wird eine Befragung von Bewohnern zu ihrer Zufriedenheit mit den Leistungen der Pflegeeinrichtung durchgeführt. Für diese Befragung sollen auskunftsfähige Bewohner ausgesucht werden.

In **Kapitel 13** wird ausschließlich der pflegerische Ist-Zustand der für die Inaugenscheinnahme ausgewählten Bewohner beschrieben. Eine Bewertung erfolgt an dieser Stelle nicht. Die Darstellung des pflegerischen Ist-Zustandes ist bei allen Bewohnern bei allen Prüfungsarten erforderlich.

Die Bearbeitung der **Kapitel** erfolgt anhand der Angaben in der Prüfanleitung.

Die Fragen der **Kapitel 14 bis 16** werden anhand der Prüfanleitung bearbeitet. Die Fragen werden im Prüfbericht aufgelistet.

Der Erfüllungsgrad der Anforderungen zu jeder Frage wird automatisch entsprechend der eingegebenen Daten für jeden Bewohner zu jeder Frage generiert. Nicht erfüllte Kriterien können im Freitext konkretisiert werden. Die Freitextpassagen aus dem Erhebungsbogen werden übernommen und ggf. zur Konkretisierung ergänzt oder modifiziert.

Die Ergebnisse der einzelnen Bewohner werden im Prüfbericht wie folgt zusammengefasst:

Die Frage traf für X von Y in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

Antwortmöglichkeiten je Bewohner:

Bei Dichotomen Fragen:

- Ja Die Anforderungen sind erfüllt.
- Nein Die Anforderungen sind nicht erfüllt.

Bei Fragen mit mehreren Kriterien:

- Alle Kriterien ja Die Anforderungen sind erfüllt.
- Nicht alle Kriterien ja X von Y Kriterien sind erfüllt, nicht erfüllte Kriterien werden benannt.

Beispiel

Frage 14.10 Wird die Durchführung der geplanten Maßnahmen dokumentiert und von den durchführenden Mitarbeitern mit Handzeichen bestätigt?

Die Frage traf für 5 von 5 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

Bewohner a, b, d und e:
Die Anforderungen sind erfüllt.

Bewohner c:
Zwei von vier Kriterien sind erfüllt, die folgenden zwei Kriterien sind nicht erfüllt:

- z.B. Datum und tageszeitliche Zuordnung ersichtlich
- z.B. Abzeichnung durch durchführende Mitarbeiter.

Bewertung und zu empfehlende Maßnahmen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten

Im Prüfbericht muss das Ergebnis der Prüfung differenziert dargestellt werden. Aus dem Prüfbericht ergibt sich ein Stärken-Schwächen-Profil. Insbesondere ist eine konkrete und zweifelsfrei nachvollziehbare Benennung der festgestellten Qualitätsdefizite erforderlich, damit diese für die Bescheiderteilung der Landesverbände der Pflegekassen sowie für ggf. erforderliche Sozialgerichtsverfahren als Grundlage dienen können.

Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen bei den Bewohnern werden je Bewohner entsprechend der Kapitel im Erhebungsbogen zusammenfassend dargestellt.

Zu allen Kapiteln werden bei Bedarf Verbesserungspotentiale/Defizite herausgearbeitet. Daraus resultierende Empfehlungen sind – je nach Priorität - mit differenzierenden Fristvorschlägen zu hinterlegen.

Zu bestehenden Defiziten werden im Bericht möglichst konkrete Maßnahmen zur Beseitigung empfohlen.

Zusammenfassung im Prüfbericht

Den Abschluss des Berichtes bildet die Zusammenfassung. Besonders positive oder negative Ergebnisse werden hervorgehoben. Auf Qualitätsaspekte, die nicht durch das standardisierte Prüfinstrumentarium erfasst werden konnten, ist individuell einzugehen.

IV Datenschutz

Prüfungen nach § 112 Abs. 3 sowie § 114 SGB XI berühren das informationelle Selbstbestimmungsrecht des einzelnen Bewohners bzw. der betroffenen Institution. Insofern sind die folgenden datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen zu beachten:

„Der Medizinische Dienst darf personenbezogene Daten für Zwecke der Pflegeversicherung nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit dies für die Prüfungen, Beratungen und gutachtlichen Stellungnahmen nach den §§ 18, 40, 112 und 114 SGB XI erforderlich ist. Die Daten dürfen für andere Zwecke nur verarbeitet und genutzt werden, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches angeordnet oder erlaubt ist.“

(§ 97 Abs. 1 SGB XI)

„Der Medizinische Dienst darf personenbezogene Daten, die er für die Aufgabenerfüllung nach dem Fünften oder Elften Buch erhebt, verarbeitet oder nutzt, auch für die Aufgaben des jeweils anderen Buches verarbeiten oder nutzen, wenn ohne die vorhandenen Daten die Aufgaben nicht ordnungsgemäß erfüllt werden können.“ (§ 97 Abs. 2 SGB XI)

„Die personenbezogenen Daten sind nach 5 Jahren zu löschen. § 96 Abs. 2, § 98 und § 107 Abs. 1 Satz 1 und 2 und Abs. 2 gelten für den MDK entsprechend. Der Medizinische Dienst darf in Dateien nur Angaben zur Person und Hinweise auf bei ihm vorhandene Akten aufnehmen.“ (§ 97 Abs. 3 SGB XI)

„Die Fristen zur Löschung der personenbezogenen Daten „(...) beginnen mit dem Ende des Geschäftsjahres, in dem die Leistungen gewährt oder abgerechnet wurden.“ (§ 107 Abs. 1 Satz 2 SGB XI) Im Zusammenhang mit der Qualitätsprüfung ist damit das Jahr gemeint, in dem der Prüfbericht abgegeben wurde.

„Die Pflegekassen können für Zwecke der Pflegeversicherung Leistungsdaten länger aufbewahren, wenn sichergestellt ist, dass ein Bezug zu natürlichen Personen nicht mehr herstellbar ist.“ (§ 107 Abs. 1 Satz 3 SGB XI) Diese Vorschrift gilt nach § 97 Abs. 3 SGB XI für den Medizinischen Dienst entsprechend.

„Die Leistungserbringer sind berechtigt und verpflichtet (...) im Falle eines Prüfverfahrens, soweit die (...) Qualität der Leistungen im Einzelfall zu beurteilen (ist) (...) die für die Erfüllung der Aufgaben der Pflegekassen und ihrer Verbände erforderlichen Angaben über Versicherungsleistungen aufzuzeichnen und den Pflegekassen oder den mit der Datenverarbeitung beauftragten Stellen zu übermitteln.“ (§ 104 SGB XI) Diese Vorschrift ermächtigt den MDK, im Rahmen einer Qualitätsprüfung nach § 112 Abs. 3 sowie § 114 SGB XI Pflegedokumentationen einzusehen und ggf. zu kopieren.

„Für das Löschen der vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung erhobenen Daten gilt § 107 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und Satz 2 entsprechend.“ (§ 112 Abs. 3 sowie § 114 SGB XI) „Die Fristen beginnen mit dem Ende des Geschäftsjahres in dem die Leistungen gewährt oder abgerechnet wurden. (...)“ (§ 107 Abs. 1 Satz 2 SGB XI)

Daraus ergibt sich, dass personenbezogene Daten nach 5 Jahren zu löschen sind.

Der Prüfbericht enthält Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse, die nach § 35 Abs. 3 SGB I Sozialdaten entsprechen und damit den oben genannten Aufbewahrungsfristen unterliegen.

Eine Einverständniserklärung für die Befragung und Inaugenscheinnahme ist beim Bewohner einzuholen. Soweit ein Bewohner die Zustimmung nicht selbst erteilen kann, darf sie nur durch eine vertretungsberechtigte Person oder einen bestellten Betreuer ersetzt werden. (§ 114 Abs. 2, 3 und 5 SGB XI)

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

Allgemeine Hinweise

Die Kriterien jeder Frage sind jeweils mit ja zu beantworten, wenn diese in allen Bereichen vollständig erfüllt sind.

Soweit sich Sachverhalte für den Prüfbericht nicht eindeutig aus den Ankreuzoptionen der Einzelfragen ableiten lassen, sind diese im Freitext kurz zu beschreiben. Sind Kriterien durch alternative fachlich gleichwertige Lösungen erfüllt, sind diese Kriterien ebenfalls mit ja zu beantworten und im Freitext zu erläutern.

Festgestellte Qualitätsdefizite sind im Freitext zu konkretisieren.

Direkte Ausfüllhinweise zu Fragen oder Kriterien sind durch Kursivdruck und Unterstreichung kenntlich gemacht.

Antwortkategorien

Allgemein

- ja
- nein
- t.n.z. = trifft nicht zu
- k.A. = keine Angabe
- E = Empfehlung

Nur bei Bewohnerzufriedenheit

- immer
- häufig
- geleg. = gelegentlich
- nie

1. Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

1.1 Auftragsnummer:	
----------------------------	--

Hier ist eine Auftragsnummer zu vergeben. Sie dient der Identifikation des Prüfberichtes auch im Hinblick auf die Berichtspflicht nach § 118 Abs. 4 SGB XI. Zur Gestaltung der Auftragsnummer siehe III. Verfahrensablauf/3. Aufbau des Prüfberichtes.

1.2 Daten zur Einrichtung	
a. <i>Name</i>	
b. <i>Strasse</i>	
c. <i>PLZ/Ort</i>	
d. <i>Telefon</i>	
e. <i>Fax</i>	
f. <i>E-Mail</i>	
g. <i>Internet-Adresse</i>	
h. <i>Träger/Inhaber</i>	
i. <i>Trägerart</i> <input type="checkbox"/> <i>privat</i> <input type="checkbox"/> <i>freigemeinnützig</i> <input type="checkbox"/> <i>öffentlich</i> <input type="checkbox"/> <i>nicht zu ermitteln</i>	
j. <i>ggf. Verband</i>	
k. <i>Datum Abschluss Versorgungsvertrag</i>	
l. <i>Datum Inbetriebnahme der Einrichtung</i>	
m. <i>Heimleitung Name</i>	
n. <i>Verantw. PFK Name</i>	
o. <i>Stellv. verantw. PFK Name</i>	
p. <i>Heimmitwirkung</i> <input type="checkbox"/> <i>Heimbeirat</i> <input type="checkbox"/> <i>Heimfürsprecher</i>	
q. <i>ggf. vorhandene Zweigstellen/Filialen</i>	

Trägerart

privat = private Trägerschaft mit gewerblichem Charakter (ggf. Zugehörigkeit zu privatem Trägerverband wie ABVP, VDAB, BPA o.ä.).

freigemeinnützig = freigemeinnützige Trägerschaft (i.d.R. Zugehörigkeit zu einem Wohlfahrtsverband wie AWO, Caritas, DPWV, DRK, Diakonie, Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland - ZWSt; Rechtsform überwiegend e.V., Stiftung oder gemeinnützige GmbH).

öffentlich = Trägerschaft der Kommune oder des Landes.

nicht zu ermitteln = Trägerart ist nicht zu ermitteln.

Datum der Inbetriebnahme der Einrichtung

Hier ist anzugeben, seit wann die Pflegeeinrichtung unter dem jetzigen Träger besteht.

1.3 Daten zur Prüfung			
a.	<i>Auftraggeber</i>		
b.	<i>Datum</i>		
		<i>von TT.MM.JJ</i>	<i>bis TT.MM.JJ</i>
c.	<i>Uhrzeit</i>		
		<i>1. Tag</i>	<i>von</i> <i>bis</i>
	<i>2. Tag</i>	<i>von</i>	<i>bis</i>
	<i>3. Tag</i>	<i>von</i>	<i>bis</i>
d.	<i>Gesprächspartner der Einrichtung</i>		
e.	<i>Prüfende(r) Gutachter</i>		
f.	<i>An der Prüfung Beteiligte</i>	<i>Namen</i>	
	<input type="checkbox"/> <i>Pflegekasse</i>	<i>(mit Angabe der Pflegekasse)</i>	
	<input type="checkbox"/> <i>Sozialhilfeträger</i>		
	<input type="checkbox"/> <i>Heimaufsicht</i>		
	<input type="checkbox"/> <i>Gesundheitsamt</i>		
	<input type="checkbox"/> <i>Trägerverband</i>		
	<input type="checkbox"/> <i>Sonstige: welche?</i>		

Die Frage dient dem Nachweis von Prüfdatum und -zeiten sowie der Angabe von Gesprächspartnern der Pflegeeinrichtung, Prüfern des MDK und weiteren an der Prüfung beteiligten Personen.

„An der Prüfung Beteiligte“ ist anzukreuzen, wenn die genannten Institutionen ganz oder teilweise beteiligt sind.

1.4 Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI	
a. <input type="checkbox"/> Einzelprüfung	<input type="checkbox"/> Beschwerde <input type="checkbox"/> Hinweise von anderen Institutionen <input type="checkbox"/> sonstige Hinweise
b. <input type="checkbox"/> Stichprobenprüfung	
c. <input type="checkbox"/> vergleichende Prüfung	
d. <input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung/Evaluation nach <input type="checkbox"/> Einzelprüfung <input type="checkbox"/> Stichprobenprüfung <input type="checkbox"/> vergleichender Prüfung	
e. <input type="checkbox"/> angemeldet	
f. <input type="checkbox"/> unangemeldet	
g. <input type="checkbox"/> nachts	
h. Datum der letzten Prüfung durch den MDK	
	TT.MM.JJ
i. Anzahl bisher durchgeführter MDK-Prüfungen	
j. Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen <input type="checkbox"/> Heimaufsicht <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> keine Angaben	MM.TT

Prüfarten

Einzelprüfungen: Es handelt sich um anlassbezogene Prüfungen, z.B. Prüfungen einer einzelnen Einrichtung aufgrund von Beschwerden, aufgrund der Kenntnis von Defiziten etc.. Bei dieser Prüfung ist anzugeben, welcher Anlass der Prüfung zugrunde lag.

Stichprobenprüfungen: Bei diesen Prüfungen soll aus allen zugelassenen Pflegeeinrichtungen (Grundgesamtheit) eine repräsentative Auswahl nach dem Zufallsprinzip getroffen werden. Stichprobenprüfungen erfolgen in einem festgelegten Turnus. Pflegeeinrichtungen, die in Einzel- oder in frühere Stichprobenprüfungen einbezogen waren, fallen für diesen Durchgang aus der Grundgesamtheit heraus, bis alle Pflegeeinrichtungen in einem Land einer Qualitätsprüfung unterzogen worden sind.

Vergleichende Prüfungen: Diese Prüfungen können z.B. stattfinden zwischen Pflegeeinrichtungen

- die in demselben Ort, demselben Bezirk, derselben Region, demselben Bundesland, im gesamten Bundesgebiet angesiedelt sind
- die eine vergleichbare Struktur aber sehr divergierende Pflegesätze/Vergütungssätze haben
- die unterschiedlichen Trägerorganisationen angehören
- bei denen eine Einzel- oder Stichprobenprüfung durchgeführt worden ist.

Wiederholungsprüfung/Evaluation: Diese Prüfungen werden definiert als Prüfungen, bei denen der Prüfauftrag im Zusammenhang mit einer zuvor erfolgten Einzelprüfung, Stichprobenprüfung oder vergleichenden Prüfung erteilt wird und es darum geht, festzustellen, inwieweit die Pflegeeinrichtung festgestellte Mängel beseitigt bzw. die im Bescheid auferlegten Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität umgesetzt hat. Dies muss aus dem Prüfauftrag hervorgehen, andernfalls handelt es sich um eine erneute Einzelprüfung, Stichprobenprüfung oder vergleichende Prüfung.

Anmeldung

Unabhängig vom Zeitpunkt der Anmeldung ist die Prüfung als angemeldete Prüfung zu kennzeichnen.

Nachts

Eine nächtliche Prüfung liegt vor, wenn die Prüfung ganz oder teilweise in der Zeit zwischen 20.00 bis 8.00 Uhr durchgeführt wird.

Anzahl bisher durchgeführter MDK-Prüfungen

Bei der Anzahl bisher durchgeführter MDK-Prüfungen sind alle vom MDK unter dem aktuellen Träger durchgeführten Prüfungen (unabhängig von der Prüfungsart) anzugeben. Dabei ist auch eine Wiederholungsprüfung als eigenständige Prüfung zu werten. Wenn ein Trägerwechsel stattgefunden hat, beginnt die Zählung der Prüfungen neu.

„(1) Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (...) haben das Ergebnis einer jeden Qualitätsprüfung sowie die dabei gewonnen Daten und Informationen den Landesverbänden der Pflegekassen und den zuständigen Sozialhilfeträgern sowie bei stationärer Pflege zusätzlich den zuständigen Heimaufsichtsbehörden (...) zum Zwecke der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben sowie der betroffenen Pflegeeinrichtung mitzuteilen. (...)“ (§ 115 SGB XI)

Aus diesem Grund ist die Erfassung von Prüfungen durch andere Prüfinstitutionen von Bedeutung.

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: - Wachkoma - Beatmungspflicht - Dekubitus - Blasenkatheter - PEG-Sonde - Fixierung - Kontrakturen - vollständiger Immobilität - Tracheostoma - MRSA - Diabetes mellitus		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Versorgungsvertrag der Einrichtung/Strukturerhebungsbogen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LQV - Leistungs- und Qualitätsvereinbarung nach § 80a SGB XI		<input type="checkbox"/>	<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 stellvertretende 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"/>	
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 einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Organigramm		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nachweise externes Qualitätsmanagement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leitlinien/Richtlinien/Standards		<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"/>

Diese Liste dient den Prüfern und der Pflegeeinrichtung als Checkliste und Arbeitshilfe.

Soweit die vorgelegten Unterlagen datiert sind, sollte das Datum zur besseren Nachvollziehbarkeit mit erfasst werden.

„(1) Bei teil- oder vollstationärer Pflege setzt der Abschluss einer Pflegesatzvereinbarung nach dem achten Kapitel ab dem 1. Januar 2004 den Nachweis einer wirksamen Leistungs- und Qualitätsvereinbarung durch den Träger des zugelassenen Pflegeheims voraus; für Pflegeeinrichtungen, die erstmals ab dem 1. Januar 2002 zur

teil- oder vollstationären Pflege nach § 72 zugelassen werden, gilt dies bereits für den Abschluss der ersten und jeder weiteren Pflegesatzvereinbarung vor dem ersten Januar 2004. (...)“ (§ 80a SGB XI)

Die Anzahl der Bewohner mit Dekubitus etc. kann mit Hilfe der in Frage 1.8 enthaltenen Tabelle erfasst werden. Sie sollte durch die Pflegeeinrichtung ausgefüllt werden.

Bei angemeldeten Prüfungen kann diese Liste der Pflegeeinrichtung mit der Information über den Prüftermin zur Verfügung gestellt werden.

1.6 Art der Einrichtung und Versorgungssituation					
	<i>Vollstationäre Pflege</i>	<i>Kurzzeitpflege</i>	<i>Teilstationäre Pflege - Tag</i>	<i>Teilstationäre Pflege - Nacht</i>	<i>ggf. Bewohner im Schwerpunkt</i>
<i>vorgehaltene Plätze</i>					
<i>belegte Plätze</i>					
<i>davon vorgehaltene Plätze nach Organisationsform</i>					
	<i>angegliedert</i>				
	<i>eingestreut</i>				
	<i>solitär</i>				

Die vorgehaltenen Plätze sind nach Angabe der Pflegeeinrichtung einzutragen.

Sofern die Pflegeeinrichtung neben vollstationären Plätzen zusätzlich auch andere Plätze (z.B. Kurzzeitpflege) anbietet, die Anzahl dieser Plätze jedoch nicht vertraglich festgelegt ist, ist die Gesamtanzahl aller vorgehaltenen Plätze unter vollstationärer Pflege zu erfassen. In diesen Fällen können nur die belegten Plätze mit Anzahl den Versorgungsformen zugeordnet werden.

Die Tabelle im Erhebungsbogen soll eine Übersicht über die Versorgungssituation der Pflegeeinrichtung ermöglichen. Die hier gesammelten Informationen sind bei der Bewertung weiterer Fragen zu berücksichtigen.

Teilstationäre Pflegeeinrichtungen/Kurzzeitpflegeeinrichtungen können sowohl als Solitäreinrichtung bestehen wie auch räumlich und organisatorisch mit anderen Einrichtungen verbunden sein.

Unangemessen ist es, wenn eingestreute Plätze regelmäßig in Zwei- oder Mehrbettzimmern zur Verfügung gestellt werden, in denen Langzeitbewohner leben. Im Freitext ist daher zu beschreiben, ob eingestreute Plätze in Zwei- oder Mehrbettzimmern bei gleichzeitiger Belegung mit Langzeitpflege erfolgt.

Bei der oben genannten Tabelle ist unter Berücksichtigung der Bewertungsparameter zu überprüfen, ob die ermittelten Daten mit den Angaben des Versorgungsvertrages/Strukturerhebungsbogens übereinstimmen.

Literatur:

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschl. des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen in der teilstationären Pflege von 1996 und in der Kurzzeitpflege von 1995, Ziffer 3.1.1.1

1.7 Struktur der Wohn- und Pflegebereiche
--

Wohn- /Pflegebereich	Bereich auf 1 Ebene	Anzahl Zimmer mit Wohnplätzen				Anzahl Bewohner	davon gerontops. beeinträchtigt	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"/>													
Gesamt:														

Die Tabelle ist anhand der Angaben der Pflegeeinrichtung auszufüllen. Sie soll eine Übersicht über die Struktur der Wohn- und Pflegebereiche in der Pflegeeinrichtung ermöglichen. Die hier gesammelten Informationen sind bei der Bewertung weiterer Fragen zu berücksichtigen. Im Rahmen der Prüfung soll darüber hinaus eine möglichst große Anzahl von Zimmern in der Einrichtung besichtigt werden.

Unangemessen sind gesonderte Wohnbereiche für Bewohner mit hohem oder niedrigem Pflegeaufwand, wenn der Bewohner bei einer Zunahme seines Pflegebedarfs innerhalb der Einrichtung umziehen muss.

Besonderheiten sind im Freitext zu beschreiben.

Zu gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen zählen u.a. Demenz, Depression, paranoide Syndrome.

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	

Die Tabelle gibt Hinweise über die Anzahl versorgter Bewohner mit besonderen Pflegesituationen. Sie kann von der Pflegeeinrichtung ausgefüllt werden.

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

„(1) Die Pflegekassen dürfen ambulante und stationäre Pflege nur durch Pflegeeinrichtungen gewähren, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht (zugelassene Pflegeeinrichtungen). In dem Versorgungsvertrag sind Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen (§ 4 Abs. 2) festzulegen, die von der Pflegeeinrichtung während der Dauer des Vertrages für die Versicherten zu erbringen sind (Versorgungsauftrag).“ (§ 72 SGB XI)

„(2) In der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung sind die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale festzulegen. Dazu gehören insbesondere:

1. die Struktur und die voraussichtliche Entwicklung des zu betreuenden Personenkreises, gegliedert nach Pflegestufen, besonderem Bedarf an Grundpflege, medizinischer Behandlungspflege oder sozialer Betreuung,
2. Art und Inhalt der Leistungen, die von dem Pflegeheim während des nächsten Pflegesatzzeitraums oder der nächsten Pflegesatzzeiträume (§ 85 Abs. 3) erwartet werden, sowie
3. die personelle und sächliche Ausstattung des Pflegeheims einschließlich der Qualifikation der Mitarbeiter.

Die Festlegungen nach Satz 2 sind für die Vertragsparteien nach § 85 Abs. 2 und für die Schiedsstelle als Bemessungsgrundlage für die Pflegesätze und die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach dem Achten Kapitel unmittelbar verbindlich.“ (§ 80 SGB XI)

Pflegefachliche Schwerpunkte können z.B. sein: Pflege demenzkranker Menschen, Pflege aidskranker Patienten, Pflege beatmungspflichtiger Patienten, pädiatrische Pflege, Pflege von Patienten im Wachkoma.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn im Versorgungsvertrag oder in der LQV ein pflegefachlicher Schwerpunkt vereinbart wurde.

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

Wenn Zusatzleistungen angeboten werden, muss die Einrichtung eine Liste nach § 88 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI vorlegen können.

„(1) Neben den Pflegesätzen nach § 85 und den Entgelten nach § 87 darf das Pflegeheim mit den Pflegebedürftigen über die im Versorgungsvertrag vereinbarten notwendigen Leistungen hinaus (§ 72 Abs. 1 Satz 2) gesondert ausgewiesene Zuschläge für

1. besondere Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie
2. zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen

vereinbaren (Zusatzleistungen). Der Inhalt der notwendigen Leistungen und deren Abgrenzung von den Zusatzleistungen werden in den Rahmenverträgen nach § 75 festgelegt.

(2) Die Gewährung und Berechnung von Zusatzleistungen ist nur zulässig, wenn:

1. dadurch die notwendigen stationären oder teilstationären Leistungen des Pflegeheimes (§ 84 Abs. 4 und § 87) nicht beeinträchtigt werden,
2. die angebotenen Zusatzleistungen nach Art, Umfang, Dauer und Zeitabfolge sowie die Höhe der Zuschläge und die Zahlungsbedingungen vorher schriftlich zwischen dem Pflegeheim und dem Pflegebedürftigen vereinbart worden sind,
3. das Leistungsangebot und die Leistungsbedingungen den Landesverbänden den Pflegekassen und den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe im Land vor Leistungsbeginn schriftlich mitgeteilt worden sind. (§ 88 SGB XI)

Die Frage dient der Informationssammlung. Wenn die Pflegeeinrichtung Zusatzleistungen anbietet und eine Liste nach § 88 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI über ihr Angebot an Zusatzleistungen nicht vorlegen kann, ist auch dies im Freitext entsprechend zu dokumentieren. Die Beurteilung, ob es sich bei den angebotenen Zusatzleistungen im Sinne des Gesetzes um solche Leistungen handelt, ist nicht die Aufgabe des Prüfteams.

1.11	Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht?	ja <input type="checkbox"/>	nein <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		

Zur Erfüllung ihres Versorgungsauftrages können zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit anderen Leistungserbringern kooperieren. Bei pflegerischen Leistungen darf nur mit zugelassenen Leistungserbringern (§ 72 SGB XI) kooperiert werden. Soweit eine Pflegeeinrichtung Leistungen Dritter in Anspruch nimmt, bleibt die Verantwortung für die Leistungen und die Qualität bei der auftraggebenden Pflegeeinrichtung bestehen.

Mit der Frage soll erfasst werden, ob die genannten Leistungsbereiche ganz oder teilweise durch externe Leistungserbringer (Outsourcing) erbracht werden. Die teilweise Einbeziehung von z.B. Ernährungs- oder Wundberatern ist hier nicht zu erfassen.

Literatur:

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 16.12.2003, Ziffer 2.6

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschl. des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen in der teilstationären Pflege von 1996 und in der Kurzzeitpflege von 1995, Ziffer 3.1.5

2. Allgemeine Angaben

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 erreichbare (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

Die Überprüfung der baulichen Ausstattung ist eine originäre Aufgabe der Heimaufsicht. Eine systematische Überprüfung der baulichen Ausstattung (z.B. Überprüfung der Rufanlage in der gesamten Einrichtung) im Rahmen der MDK-Prüfung findet nicht statt. Gleichwohl sind Defizite, die dem Prüfteam bei der Erhebung der für den MDK relevanten Prüfinhalte auffallen, zu erfassen und im Prüfbericht zu benennen.

Literatur:

Daneke S (2004): Behaglich und funktional. *Altenheim*, 6, 44-46.

Roessler, G (1997): *Beleuchtungsempfehlung für ältere Menschen und Alzheimerkranke*. Hamburg.

Die Anforderungen an die Pflegeeinrichtung ergeben sich aus der „Verordnung über bauliche Mindestanforderungen für Altenheime, Altenwohnheime und Pflegeheime für Volljährige vom 03. Mai 1983.

	ja	nein	E.
2.2 Wird bei der Gestaltung der Wohnräume den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner nach Privatheit und Wohnlichkeit Rechnung getragen?			<input type="checkbox"/>
a. <i>individuelle Gestaltung des Zimmers (Einbettzimmer) bzw. von Teilen des Zimmers (Mehrbettzimmer) mit eigenen Möbeln möglich</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. <i>Mitnahme persönlicher Gegenstände/Erinnerungsstücke möglich</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. <i>Mitnahme Wäsche möglich</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. <i>abschließbare Schublade oder Fächer stehen für jeden Bewohner zur Verfügung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Die individuelle Gestaltung dient nicht nur der Privatheit und Wohnlichkeit der Bewohnerzimmer, sondern auch der Orientierung von Bewohnern mit gerontopsychiatrischen Einschränkungen. Die Mitnahme von Erinnerungsstücken (z. B. Erinnerungsalbum mit Fotos und kleinen erklärenden Texten), erleichtert die Kommunikation und die Anwendung z.B. von Validation und Biographiearbeit.

Vorliegende Prüfberichte anderer Prüfinstitutionen sind einzubeziehen (siehe Frage 1.4)

Literatur:

Powell J (2002): *Hilfen zur Kommunikation bei Demenz*, 46 ff., Köln.

Maciejewski B, Sowinski C, Besselmann K. & W Rückert (2001): *Qualitätshandbuch Leben mit Demenz*, II/17 ff., Köln.

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 16.12.2003, Ziffer 2.5

	ja	nein	l.n.z.	E.
2.3 Bezüglich der strukturellen Anforderungen an die Versorgung von Bewohnern mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen trifft für die Einrichtung Folgendes zu:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. <i>Bewegungs- und Aufenthaltsmöglichkeiten auch während der Nacht</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. <i>identifikationserleichternde Milieugestaltung in Zimmern und Aufenthaltsräumen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. <i>angemessene Beleuchtung in den unterschiedlichen Wohn- und Aufenthaltsbereichen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. <i>individuelle Orientierungshilfen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Im Interesse einer Versorgung und Pflege, die den besonderen Anforderungen von Bewohnern mit gerontopsychiatrischen Einschränkungen gerecht wird, sollten u.a. folgende Ausstattungsmerkmale berücksichtigt werden:

- dem erhöhten Mobilitätsbedürfnis eines bestimmten Kreises von Bewohnern sollte durch ausreichend große Aufenthaltsbereiche (z.B. Nachtcafe, Aufenthaltsräume) und Bewegungsmöglichkeiten in der Einrichtung auch in der Nacht Rechnung getragen werden
- eine identifikationserleichternde Milieugestaltung (Gestaltung entsprechend den Lebensgewohnheiten der Bewohner) in Zimmern und Aufenthaltsräumen sollte sichergestellt werden
- zur leichteren Orientierung sollten die Gestaltungsmöglichkeiten der Beleuchtung genutzt werden
- individuelle Orientierungshilfen sollten angewandt werden.

In der Literatur werden zur Orientierung folgende Beleuchtungsstärken empfohlen:

Räume / Tätigkeiten / Schaufgaben	Beleuchtungsstärke in Lux
Wohnräume, Aufenthaltsräume	500
Feine Schaufgaben örtlich	2000
Essen	500
Bad	500
Toiletten	300
Flure	300
Treppen	500

Auch tagsüber müssen Übergangsbereiche zwischen hell und dunkel, z.B. Hauseingänge, innen besonders hell beleuchtet werden, um die Anpassung des Auges beim Eintritt von der helleren Außenwelt in den dunkleren Innenraum zu erleichtern und Verunsicherungen zu vermeiden.

Die Frage ist mit t.n.z. zu beantworten, wenn keine Bewohner mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen in der Einrichtung leben.

Literatur:

Heeg S, Lind S, (Hrsg.) (1994): Gerontopsychiatrie in Einrichtungen der Altenhilfe. Versorgungsstrategien und bauliche Anforderungen. Forum Bd. 23, 141 ff., Köln.

Roessler, G (1997): Beleuchtungsempfehlung für ältere Menschen und Alzheimerkranke. Hamburg.

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.)?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

Es muss gewährleistet sein, dass die Bewohner die Pflegeeinrichtung bei Bedarf jederzeit verlassen und aufsuchen können. Hierzu bestehen mehrere Möglichkeiten, z.B.:

- durchgehende Öffnung der Einrichtung
- Pförtner
- Vergabe von Schlüsseln für die Bewohner auf Anforderung oder als Regelangebot
- Rufanlage.

Ggf. ist zur Prüfung dieser Frage die Einsicht in die Hausordnung sinnvoll.

Die Frage ist mit t.n.z. zu beantworten, wenn es sich um sogenannte beschützte Einrichtungen oder einen beschützten Wohnbereich handelt.

Literatur:

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 16.12.2003, Ziffer 1.1

2.5 Gibt es verbindliche Verfahrensweisen für den Einzug des Bewohners in die Einrichtung?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

Regelungen zur Unterstützung des Einlebens können z.B. umfassen:

- Benennung von Ansprechpartnern
- Kennen lernen der Räumlichkeiten der Pflegeeinrichtung
- Individuelle Orientierungshilfen veranlassen
- Vorstellung des/Heimbeirates/Heimfürsprechers beim Einzug
- Besprechung des Tagesablaufs
- Vorstellung der Betreuungsangebote.

Aufbauorganisation Personal

3.

	ja	nein	t.n.z.	E.
3.1 Sind Verantwortungsbereiche und Aufgaben für die in der Pflege, sozialen Betreuung und hauswirtschaftlichen Versorgung beschäftigten Mitarbeiter verbindlich geregelt?				<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 angelernte 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"/>	

Zur Umsetzung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements (§ 80 SGB XI) ist ein Organigramm oder eine vergleichbare Darstellung unverzichtbar.

Unter Organigramm wird die graphische Darstellung des Hierarchieaufbaus einer Organisation mit der Gliederung nach Unterstellungsverhältnissen und Dienstwegen verstanden. Aus dem Organigramm sollte die Weisungsbefugnis der Mitarbeiter deutlich werden.

Verantwortungsbereiche und Aufgaben können u.a. in Stellenbeschreibungen geregelt werden.

Stellenbeschreibungen weisen Unterschiede hinsichtlich der beruflichen Qualifikation aus und legen Aufgaben sowie Verantwortungs- und Zuständigkeitsbereiche fest.

Trifft nicht zu bei den Kriterien ist anzukreuzen, wenn hauswirtschaftlichen Leistungen durch externe Leistungserbringer erbracht werden bzw. wenn keine Krankenpflegehelfer, Altenpflegehelfer oder angelernte Kräfte in der Pflegeeinrichtung beschäftigt werden.

Literatur:

Sowinski C, Kämmer K (1995): Aufbau- und Ablauforganisation: In: Büse F, Eschemann R, Kämmer K. et al. (Hrsg.): Heim aktuell. Leitungshandbuch für Altenhilfeeinrichtungen. Hannover.

	ja	nein	E.
3.2 Ist die verantwortliche Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Pflegekassen bekannt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein
3.3 Die verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien:		
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"/>

Bei Abschluss des Versorgungsvertrages haben die Landesverbände der Pflegekassen die Anforderungen an die verantwortliche Pflegefachkraft zu überprüfen. Ist die aktuell tätige verantwortliche Pflegefachkraft von den

Landesverbänden der Pflegekassen anerkannt, sind die Kriterien mit ja zu beantworten. Eine weitere Überprüfung durch den MDK entfällt. Hat zwischenzeitlich ein Wechsel der verantwortlichen Pflegefachkraft stattgefunden, erhebt der MDK, ob die in den Spiegelstrichen genannten Kriterien vorliegen und leitet die Daten an die Landesverbände der Pflegekassen weiter.

3.4 Wie groß ist der Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft in dieser Einrichtung?	
Stunden	

Der Beschäftigungsumfang der verantwortlichen Pflegefachkraft gibt Hinweise, in welchem Umfang sie ihren Leitungsaufgaben nachkommen kann.

3.5 Ist die verantwortliche Pflegefachkraft in der direkten Pflege tätig?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
Mit welchem Stundenumfang?			

Der Umfang des Einsatzes der verantwortlichen Pflegefachkraft in der direkten Pflege gibt Hinweise, in welchem Umfang sie ihren Leitungsaufgaben nachkommen kann.

3.6 Ist die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Pflegekassen bekannt ?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------

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

Bei Abschluss des Versorgungsvertrages haben die Landesverbände der Pflegekassen die Anforderungen an die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft zu überprüfen. Ist die aktuell tätige stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannt, sind die Kriterien mit ja zu beantworten. Eine weitere Überprüfung durch den MDK entfällt. Hat zwischenzeitlich ein Wechsel der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft stattgefunden, erhebt der MDK, ob die in den Spiegelstrichen genannten Kriterien vorliegen und leitet die Daten an die Landesverbände der Pflegekassen weiter.

3.8 Zusammensetzung Personal

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

Mitarbeiter mit Qualifikationen, die nicht zugeordnet werden können, sind unter „Sonstige“ aufzulisten. Nur die Mitarbeiter sind in der Liste aufzunehmen, die in der Pflegeeinrichtung direkt beschäftigt sind. Mitarbeiter externer Leistungserbringer bleiben in der Tabelle unberücksichtigt.

Die Tabelle im Erhebungsbogen gibt einen Überblick über die Personalzusammensetzung in den Bereichen Pflege, soziale Betreuung und hauswirtschaftliche Versorgung in der Einrichtung. In den Spalten Voll-/Teilzeit

und geringfügig Beschäftigte ist die Gesamtanzahl der Mitarbeiter unter der jeweiligen Qualifikation aufzuführen. In der Kopfzeile für Vollzeit ist anzugeben, wie viele Stunden in der Pflegeeinrichtung auf Basis der dort geltenden tarifvertraglichen oder sonstigen Regelungen als Vollzeit gelten. In der letzten Spalte werden die einzelnen Angaben addiert und der gesamte Stellenumfang aufgeführt.

Die erforderlichen Angaben sind dem Stellenplan und dem Dienstplan zu entnehmen und auf Plausibilität hin zu überprüfen. Ggf. festgestellte Differenzen sind zu benennen.

Der Anteil der Pflegeleistungen, der durch geringfügig Beschäftigte erbracht wird, sollte 20 % möglichst nicht überschreiten. (§ 20 Abs. 2 Satz 2 Rahmenvertragsempfehlungen nach § 75 Abs. 5 SGB XI teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege, § 21 Abs. 2 Satz 2 vollstationäre Pflege.)

Fachkräfte in der hauswirtschaftlichen Versorgung sind Mitarbeiter mit mindestens zwei- bis dreijährigen Fachausbildungen oder Studium (z.B. Wirtschaftlerin, Hauswirtschaftlerin, Koch, dipl. Ökotrophologen, Haus- und Familienpflegerin, Dorfhelferin, Küchenmeisterin, Verpflegungsbetriebswirt).

Sofern Zivildienstleistende und Absolventinnen des Freiwilligen Sozialen Jahres auch außerhalb der Pflege eingesetzt werden (z.B. Soziale Betreuung, Hauswirtschaft) oder sich Abweichungen zu vereinbarten Leistungs- und Qualitätsvereinbarung ergeben, ist dies im Freitext zu vermerken.

Ablauforganisation

4.

		ja	nein	E.
4.1	Ist die Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert?			<input type="checkbox"/>
	a. <i>Verantwortlichkeit für Planung, Durchführung und Bewertung der Pflege als Aufgabe für Pflegefachkraft bewohnerorientiert geregelt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b. <i>personelle Kontinuität der pflegerischen Versorgung geregelt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Eine nachvollziehbare schriftlich festgelegte Zuordnung von Bewohnern zu bestimmten Pflegemitarbeitern ist Ausgangspunkt für die Bezugspflege. Pflegefachkräfte sind für die Steuerung des Pflegeprozesses verantwortlich, sie leiten die Pflegekräfte an und stellen sicher, dass diese nach der Pflegeplanung arbeiten. Im Rahmen der personellen und räumlichen Möglichkeiten werden die Bewohner von ihnen zugeordneten pflegerischen Bezugspersonen kontinuierlich, individuell und umfassend betreut.

Pflegefachkräfte, welche die Verantwortung für den Pflegeprozess tragen, sind zuständig für alle Belange des Bewohners. Sie erleben die Konsequenzen ihres Denkens und Handelns. Durch Festlegung von Verantwortung entsteht bei den Pflegenden ein stärkeres Interesse die Pflegedokumentation so zu führen, dass auch andere Pflegende die begonnene Pflege problemlos weiterführen können.

Bei der Festlegung der Aufgaben ist zu beachten, dass für die Steuerung des Pflegeprozesses Pflegefachkräfte verantwortlich sind. Zu den Aufgaben dieser Pflegefachkräfte gehören u.a. die Pflegeanamnese/Isterhebung, die Pflegeplanung, die Anleitung der Pflegehilfskräfte, die Einbeziehung der anderen an der Pflege und Betreuung Beteiligten und die Evaluation der Pflege.

Kontinuität in der Pflege trägt zur Sicherheit der Bewohner bei. Sie ist die Voraussetzung, dass der Bewohner Vertrauen fassen und sich verstanden fühlen kann. Kontinuierliche Betreuung der Bewohner hängt vom Willen und von der Fähigkeit der Pflegenden zur Beziehungsaufnahme ab. Beziehungsfähigkeit, Beziehungswille und Kontinuität sind unabdingbare Voraussetzungen für die Bezugspflege.

Die Frage zielt auf Regelungen ab, die eine bewohnerorientierte Pflege gewährleisten.

Literatur:

Sowinski Ch. et al. (2000): Organisation und Stellenbeschreibungen in der Altenpflege. KDA Forum Band 36, Teil 1., 5, 6, 93, 97, 98, 112, 113.

Schlettig H-J, von der Heide U (1995): Bezugspflege. 2. korrigierte Auflage. Berlin, Heidelberg.

Menche N, Bazlen, U, Kommerell T (Hrsg.) (2001). Pflege Heute. München, Jena.

		ja	nein	E.
4.2	Nimmt die verantwortliche Pflegefachkraft ihre Aufgaben wahr?			<input type="checkbox"/>
a.	Umsetzung des Pflegekonzeptes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	Organisation der fachlichen Planung, Durchführung und Evaluation der Pflegeprozesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	Organisation für fachgerechte Führung der Pflegedokumentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	an dem Pflegebedarf orientierte Dienstplanung der Pflegekräfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e.	regelmäßige Durchführung der Dienstbesprechungen innerhalb des Pflegebereichs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f.	ausreichende Zeit für die Aufgaben der verantwortlichen Pflegefachkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bei der Beantwortung der Frage, ob die verantwortliche Pflegefachkraft ausreichend Zeit für die Wahrnehmung ihrer Leitungsaufgaben hat, sind auch landesrechtliche Regelungen zu beachten. Als Hintergrundinformationen dienen die Fragen 3.4 und 3.5.

Wenn die verantwortliche Pflegefachkraft nach Auffassung des Prüfers nicht ausreichende Zeit für ihre Aufgaben hat, ist dies im Freitext zu begründen.

Von regelmäßig durchgeführten Dienstbesprechungen ist auszugehen, wenn diese turnusmäßig in Abhängigkeit von den Erfordernissen der Pflegeeinrichtung nachvollziehbar und dokumentiert durchgeführt werden.

Die enthaltenen Kriterien sind jeweils mit ja zu beantworten, wenn die Aufgabenwahrnehmung in der Ablauforganisation und im Qualitätsmanagement nachvollziehbar ist.

Literatur:

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 16.12.2003, Ziffer 2.2.1

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschl. des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen in der teilstationären Pflege von 1996, Ziffer 3.1.1.4 und in der Kurzzeitpflege von 1995, Ziffer 3.1.1.3

		ja	nein	E.
4.3	Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung grundpflegerischer Tätigkeiten von Pflegehilfskräften durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Das SGB XI und die darauf aufbauenden vertraglichen Regelungen favorisieren insgesamt ein Qualitätsmodell, das der verantwortlichen Pflegefachkraft (Pflegedienstleitung) herausragende Verantwortung zuweist. In einer größeren Pflegeeinrichtung ist es ihr allerdings nicht möglich, auch alle Pflegeprozesse selber zu steuern. Daher muss sie diese Aufgaben an andere Pflegefachkräfte delegieren.

Um die Steuerung des Pflegeprozesses durch Pflegefachkräfte und die Delegation der Pflegedurchführung sicher zu organisieren, ist ein effektiv gestalteter organisatorischer Rahmen (Pflegeleitbild, Pflegekonzept, Organigramm, Stellenbeschreibungen, Standards, Pflegevisiten, Fortbildungen) erforderlich. Die Ausgestaltung dieses organisatorischen Rahmens fällt, soweit er sich nicht unmittelbar aus vertraglichen Verpflichtungen ergibt, in die Organisationshoheit der Pflegeeinrichtung. Um die erforderliche fachliche Anleitung und Überprüfung von Pflegekräften gewährleisten zu können, ist es erforderlich, dass die Pflegeeinrichtung Pflegevisiten oder ähnliche Instrumente einsetzt.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn die fachliche Anleitung und Überprüfung der Grundpflege anhand von praktischen Anleitungen oder Pflegevisiten o.ä. dokumentiert ist.

Literatur:

Brüggemann J (2001): PDL: Peilen, Durchblicken, Lösen. Forum Sozialstation, 4, 19-21.

Igl G (1998): Öffentlich-rechtliche Grundlagen für das Berufsfeld Pflege im Hinblick auf vorbehaltene Aufgabenbereiche. Göttingen.

Igl G (2000): Gibt es einen Königsweg zur berufsrechtlichen Festigung der Pflege? Kinderkrankenschwester, 2, 61-66.

	ja	nein	E.
4.4 Liegen geeignete Dienstpläne für die Pflege vor?			<input type="checkbox"/>
a. dokumentenecht (z.B. kein Bleistift, keine Überschreibungen, kein Tipp-Ex, keine unleserlichen Streichungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Soll-, Ist- und Ausfallzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Zeitpunkt der Gültigkeit und Einsatzort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. vollständige Namen (Vor- und Zunamen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Qualifikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Umfang des Beschäftigungsverhältnisses (Wochen- oder Monatsarbeitszeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. Legende für Dienst- und Arbeitszeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h. Datum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i. Unterschrift der verantwortlichen Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j. Übergabezeiten und Zeiten für Teambesprechungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Dienstpläne haben Dokumentencharakter und sind mit dokumentenechtem Stift zu führen. Aus ihnen müssen alle Eintragungen zweifelsfrei nachvollziehbar sein. Überschreibungen, Überklebungen und Retuschierungen dürfen nicht vorgenommen werden.

Die Mitarbeiter sollten an der Dienstplangestaltung beteiligt werden. Die Dienstpläne sollen für alle Mitarbeiter einsehbar sein.

Die Dienstübergabe ist ein Informations- und Kommunikationsinstrument für die Mitarbeiter der verschiedenen Dienstsichten mit dem Zweck, eine sachgerechte und kontinuierliche Versorgung zu gewährleisten. Der Träger der Einrichtung und dessen ausführende Organe haben Sorge zu tragen, dass die Informationsvermittlung zwischen den verschiedenen Schichten und Dienstzeitmodellen reibungslos sowie in einem ausreichenden zeitlichen Rahmen sichergestellt werden kann.

Es sind ausreichende Übergabezeiten innerhalb der regulären Dienstzeit einzuplanen. Das erforderliche Zeitbudget beziehungsweise die jeweils vorgesehene Informationsübermittlung ist u.a. abhängig von der Pflegeorganisation, der Größe des Wohnbereiches und dem Bewohnerklientel. Bekannte Arbeitszeitmodelle ermöglichen zwischen Früh- und Spätdienst eine ausführlichere und zwischen den anderen Diensten eine kürzere Übergabe. Dies muss auch bei flexiblen Arbeitszeitmodellen gewährleistet werden. Übergaberegulungen müssen allen Mitarbeitern bekannt sein.

Zunehmend Bedeutung finden Übergabeformen wie z.B. Übergabe am Bett unter Einbezug der Pflegedokumentation, oder per EDV generierten Übergabeprotokollen. Findet eine Übergabe im herkömmlichen Sinn statt, sollten vermeidbare Störungen vermieden werden und allen Beschäftigten der Einrichtung die Übergabezeiten bekannt sein.

Die rechtliche Verpflichtung zum Führen von Dienstplänen ergibt sich aus § 13 Abs. 1 Nr. 3 Heimgesetz in der Fassung vom 05.11.2001 sowie aus den Rahmenverträgen nach § 75 Abs. 1 SGB XI zur vollstationären Pflege.

„Der Träger hat nach den Grundsätzen einer ordnungsgemäßen Buch- und Aktenführung Aufzeichnungen über den Betrieb zu machen und die Qualitätssicherungsmaßnahmen und deren Ergebnisse so zu dokumentieren, dass sich aus ihnen der ordnungsgemäße Betrieb des Heimes ergibt. Insbesondere muss ersichtlich werden: (...) der Name, der Vorname, das Geburtsdatum, die Anschrift und die Ausbildung der Beschäftigten, deren regelmäßige Arbeitszeit, die von ihnen in dem Heim ausgeübte Tätigkeit und die Dauer des Beschäftigungsverhältnisses sowie die Dienstpläne (...).“ (§ 13 Abs. 1 Heimgesetz)

In die Prüfung sind in der Regel Dienstpläne von zwei bis drei Monaten einzubeziehen. Die Anforderungen gelten auch für Dienstpläne, die per EDV erstellt werden.

Literatur:

Doni C, Gresch U (1997): Pflegehandbuch. Reutlingen.

Hellige B, Holler G (1994): Leitfaden zu Neuordnung des Pflegedienstes. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 31 Baden-Baden.

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

Anhand der Dienstpläne ist zu bewerten, ob die Personalbesetzung kontinuierlich ist.

Kontinuität in der Pflege von Montag bis Freitag tagsüber gegeben.

Hier ist zu bewerten, ob Schwankungen zwischen den Wochentagen oder zwischen Früh- und Spätdiensten vermieden werden.

Kontinuität in der Pflege nachts gegeben

Hier ist zu bewerten, ob immer mindestens eine Pflegefachkraft anwesend ist und Schwankungen zwischen verschiedenen Nächten vermieden werden.

Besetzung an Wochenenden/Feiertagen mit Wochentagen vergleichbar

Eine vergleichbare Besetzung ist gegeben, wenn die Besetzung am Wochenende die Besetzung in der Woche nicht wesentlich unterschreitet.

Kontinuität in der sozialen Betreuung gegeben

Hier ist zu bewerten, ob soziale Betreuung zu unterschiedlichen Tageszeiten und auch am Wochenende angeboten wird.

Kontinuität in der hauswirtschaftlichen Versorgung gegeben

Hier ist zu bewerten, ob die hauswirtschaftliche Versorgung täglich gewährleistet ist.

		ja	nein	E.
4.6	Gibt es Hinweise darauf, dass die Personaleinsatzplanung mit Blick auf den Versorgungs- und Pflegebedarf der Bewohner nicht adäquat ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei der Beantwortung der Frage handelt es sich um eine fachliche Einschätzung, bei der der Zusammenhang mit anderen während der Qualitätsprüfung erhobenen Fragen/Kriterien berücksichtigt wird. Die Angabe absoluter Zahlen ist nicht ausreichend.

Im Pflegebereich ist die personelle Besetzung anhand der Dienstpläne von drei vollen Monaten differenziert nach Pflegefachkräften und sonstigen Pflegekräften für den Früh-, Spät- und Nachtdienst einzubeziehen.

Mindestanforderung ist, dass die von der Pflegeeinrichtung angebotene Pflege unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft durchzuführen ist. Es muss daher ständig eine Pflegefachkraft anwesend sein.

Zu berücksichtigen sind Kriterien wie Eignung der Rufanlage, bauliche Gegebenheiten, Anzahl und Struktur der Bewohner, insbesondere pflegerische Verrichtungen wie Lagerungswechsel, Betreuung gerontopsychiatrisch beeinträchtigter Bewohner, Inkontinenzversorgung, Getränke anreichen, Mundpflege.

Die soziale Betreuung ist ein wesentlicher Bestandteil des Leistungsangebotes in der stationären Pflege. Sie muss entsprechend dem Bedarf des Bewohnerklientels angeboten werden. Es ist davon auszugehen, dass nahezu täglich zu verschiedenen Tageszeiten Angebote der sozialen Betreuung erforderlich sind. Es ist zu überprüfen ob nachvollziehbar eine soziale Betreuung an allen Wochentagen, einschließlich Wochenende erfolgen kann, z.B.

durch Einsatz von Betreuungsmitarbeitern an den Wochenenden bzw. Übertragung von Betreuungsaufgaben an den Wochenenden an Pflegekräfte, Praktikanten usw. (ggf. Stellenbeschreibungen und Betreuungspläne überprüfen, in den Stellenbeschreibungen sollten z.B. Betreuungsaufgaben der Mitarbeiter Pflege enthalten sein, wenn diese solche Aufgaben durchführen). Wenn Mitarbeiter der Pflege am Wochenende Betreuungsaufgaben wahrnehmen sollen, muss dies bei der Personaleinsatzplanung berücksichtigt werden; ihre Anzahl kann dann nicht geringer sein als in der Woche.

Die personelle Besetzung für die hauswirtschaftliche Versorgung ist von der Organisation der hauswirtschaftlichen Leistungserbringung abhängig. Auch bei reduzierter Reinigung am Wochenende muss die Hygiene in sensiblen Bereichen gewährleistet sein, die Bewohner müssen mit ausreichender Wäsche versorgt sein. Hier ist insbesondere zu berücksichtigen, ob jederzeit auch im Spätdienst, an den Wochenenden und Feiertagen eine angemessene hauswirtschaftliche Versorgung stattfinden kann.

Literatur:

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 16.12.2003, Ziffer 2.2.1

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschl. des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen in der teilstationären Pflege von 1996, Ziffer 3.1.1.4 und in der Kurzzeitpflege von 1995, Ziffer 3.1.1.3

Konzeptionelle Grundlagen

5.

	ja	nein	t.n.z.	E.
5.1 Wenn schwerpunktmäßig besondere Personengruppen versorgt werden: Werden die diesbezüglichen Anforderungen erfüllt?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. <i>schriftlich dargelegt im Einrichtungskonzept</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. <i>Pflegefachkräfte mit schwerpunktspezifischen Kenntnissen (Fort- und/oder Weiterbildung)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. <i>Pflegehilfskräfte mit schwerpunktspezifischen Kenntnissen (Fortbildung)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. <i>vereinbarte Anforderungen an den Schwerpunkt werden umgesetzt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Bei der Beantwortung der Frage sind insbesondere der Versorgungsvertrag sowie ggf. die Leistungs- und Qualitätsvereinbarung (LQV) zu berücksichtigen.

	ja	nein	t.n.z.	E.
5.2 Liegt ein geeignetes schriftliches Pflegekonzept vor?				<input type="checkbox"/>
a. <i>Aussagen zum Pflegemodell</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. <i>Aussagen zum Pflegesystem</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. <i>Aussagen zum Pflegeprozess</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. <i>Aussagen zur innerbetrieblichen Kommunikation</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e. <i>Aussagen zum Qualitätssicherungssystem</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
f. <i>Aussagen zur Leistungsbeschreibung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
g. <i>Aussagen zur Kooperation mit anderen Diensten</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h. <i>Aussagen zur räumliche Ausstattung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
i. <i>Aussagen zur personellen Ausstattung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
j. <i>Aussagen zur sachlichen Ausstattung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

„Die vollstationäre Pflegeeinrichtung verfügt über ein Pflegekonzept, das auf pflegewissenschaftlichen Theorien oder Modellen sowie praktischen Erfahrungen basiert und im Pflegeprozess umgesetzt wird.“

Das mit dem Einrichtungskonzept im Einklang stehende Pflegekonzept definiert das pflegerische Angebot und ist Handlungsorientierung für alle Mitarbeiter, die am Pflegeprozess beteiligt sind. Darüber hinaus bietet es für

Bewohner und ihre Angehörigen eine wichtige Orientierung. In erster Linie präzisiert es Zielsetzungen, bietet eine Strukturierungshilfe für die Pflegepraxis und regelt Organisation sowie Arbeitsweise des Pflegebereiches und der pflegerischen Mitarbeiter.

Fehlt ein Pflegekonzept, bleibt dagegen unklar, welche Ziele für die einzelnen Arbeitsabläufe in der Pflege die Richtung weisen. Einrichtungen, die ohne Konzepte arbeiten, handeln oft unstrukturiert und produzieren ineffektive Leerläufe.

Das Pflegekonzept sollte pflegetheoretisch begründet sein. Hierzu kann auf verschiedene Pflege-theorien zurückgegriffen werden.

Pflegewissenschaftliche Theoriebildung fand in der Vergangenheit hauptsächlich in den USA statt. Dabei stand in den 70er Jahren die Suche nach der einen und großen Pflege-theorie (Theoriemonismus) im Vordergrund; zwischenzeitlich hat sich – dies gilt auch für Deutschland – ein Theoriepluralismus durchgesetzt. Die bei uns bekannten Pflege-theorien stammen überwiegend aus der Anfangsphase der Theorieentwicklung in den USA und wurden mit dem Anspruch entwickelt, das gesamte Feld der Pflege abzubilden.

Es gibt verschiedene Klassifizierungssysteme, nach denen Pflege-theorien kategorisiert werden können. Unabhängig von der Chronologie ihrer Entstehung, werden die amerikanischen Pflege-theorien und ihre Begründerinnen nach einem dieser Klassifizierungssysteme den folgenden 4 Denkschulen zugeordnet:

- Bedürfnistheorien: z.B. Virginia Henderson, Dorothea E. Orem
- Interaktionstheorien: z.B. Imogene King, Ida Jean Orlando
- humanistische Theorien: z.B. Jean Watson
- ergebnisorientierte Theorien: z.B. Martha Rogers, Dorothy E. Johnson.

Gemeinsam ist diesen Denkschulen, dass sie Pflege als auf den Patienten/Pflegebedürftigen gerichteten Handlungs- und Interaktionszusammenhang erklären. Das Defizit dieser Theorien liegt darin, dass sie nicht immer ohne weiteres geeignet sind, direkt Hilfestellung für die pflegerische Praxis zu geben.

In Deutschland ist das „Modell der fördernden Prozesspflege“ von Monika Krohwinkel weit verbreitet. Dieses Modell umfasst u.a. das Strukturmodell der „Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des täglichen Lebens (AEDL)“.

In den USA und in Deutschland werden zwischenzeitlich zunehmend sogenannte Pflege-theorien mittlerer bis kurzer Reichweite diskutiert. Sie beleuchten spezielle Pflegesituationen und Pflegezusammenhänge und liefern Forschungsergebnisse, die für die Pflegepraxis direkt von Bedeutung sind (z.B. Pflege bei Demenz). Zwar können diese Theorien – wie der Name schon sagt – vorerst keine allgemeine Gültigkeit beanspruchen, doch mit ihrer Hilfe können Fragen der Praxis aufgearbeitet und Lösungsansätze für eng umgrenzte Situationen gefunden werden. Beispiele für Pflege-theorien mittlerer bis kurzer Reichweite sind das „Illness-Constellation-Modell“ von Morse und Johnson und die von Bosch entwickelte Theorie über die „Lebenswelt dementer alter Menschen“.

Welche pflegetheoretischen Überlegungen dem Pflegekonzept einer Pflegeeinrichtung zu Grunde gelegt werden, obliegt der Organisationshoheit der Pflegeeinrichtung. Grundsätzlich können Theorien aller Reichweiten für die Pflegekonzeptentwicklung einer Pflegeeinrichtung genutzt werden. Auch die Gestaltung von Pflegekonzepten auf der Basis einer Kombination von Konzepten mehrerer Pflege-theorien ist möglich. Dabei kommt es aber darauf an, dass das Pflegekonzept in sich schlüssig ist. In der Gestaltung der Pflege, der Umsetzung der Pflegeprozesse sowie der Gestaltung des Pflegedokumentationssystems sollte das Pflegekonzept sich widerspiegeln.

Die Erstellung eines Pflegekonzeptes ist eine Aufgabe für leitende Mitarbeiter, allerdings bietet es sich an, Mitarbeiter verschiedener Organisationsebenen in der Pflege und ggf. auch von Schnittstellen (z.B. Hauswirtschaft) einzubinden. Wertvolle Hinweise zur Konzepterstellung bietet: „Sowinski C et al. (2000): Organisation und Stellenbeschreibungen in der Altenpflege. KDA, Forum-Band 36, Köln“.

Die Umsetzung von auf pflegetheoretischen Überlegungen basierenden Pflegekonzepten in der Praxis kann nur in einem Prozess der Auseinandersetzung von Mitarbeitern einer Einrichtung mit Theorien gelingen. Diese Auseinandersetzung und die Reflexion ihres beruflichen Selbstverständnis soll langfristig dazu führen, ein einheitliches und professionelles Pflegeverständnis in der Einrichtung zu etablieren, von dem vor allem auch die Bewohner profitieren sollen.

Im Pflegekonzept sollten Aussagen dazu enthalten sein, nach welchem System die Pflege organisiert ist. Pflegesysteme können nach dem Prinzip der Bezugspflege oder der Funktionspflege differenziert werden.

Im Sinne der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ist die Pflege nach dem Prinzip der Bezugspflege zu organisieren, u.a. um das Ziel der Schaffung einer Vertrauensbasis zwischen Pflegebedürftigen und Leistungserbringern gewährleisten zu können. (vgl. 1.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege und neu vollstationäre Pflege)

Bei „Bei Aussagen zur Kooperation mit anderen Diensten“ ist „trifft nicht zu“ anzukreuzen, wenn keine Kooperationen bestehen.

Literatur:

Friesacher H (2001): Pflegewissenschaft. Einführung – Bedeutung und Stellung der Pflegewissenschaft: wissenschaftstheoretische Bezüge. Studienbrief Pflegewissenschaft 1. Fernfachhochschule Hamburg. Hamburg.

Meleis A (1997): Die Theorienentwicklung der Pflege in den USA. In: Schaeffer D et al.: Pflege-theorien. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 17-37.

Moers M, Schaeffer D, Steppe H (1997): Pflege-theorien aus den USA – Relevanz für die deutsche Situation. In: Schaeffer D et al.: Pflege-theorien. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 281-295.

Moers M, Schaeffer D, Steppe H (1997): Pflegewissenschaft – Entwicklungsstand und Perspektiven einer neuen Disziplin. In: Schaeffer D et al.: Pflege-theorien. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 281-295.

Schnepf W (1997): Perspektiven der Pflegewissenschaft. Pflege, 10, 96-101.

Sowinski Ch. et al. (2000): Organisation und Stellenbeschreibungen in der Altenpflege. KDA Forum Band 36, Teil 1.

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 16.12.2003, Ziffer 3.1.3 und Ziffer 3.1.1.1

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschl. des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen in der teilstationären Pflege von 1996, Ziffer 3.2.4 und in der Kurzzeitpflege von 1995, Ziffer 3.2.4

5.3 Ist das Pflegekonzept den Mitarbeitern in der Pflege bekannt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

Die Mitarbeiter in der Pflege sind zur Kenntnis des Pflegekonzeptes zu befragen.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn das Konzept den Mitarbeitern der Pflegeeinrichtung nachvollziehbar bekannt ist (per Zufallsstichprobe Mitarbeiter befragen).

5.4 Gibt es schriftliche Regelungen bezüglich der sozialen Betreuung in einem Konzept?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

Ziele und innerbetrieblich geregelte Verfahrensweisen zu Leistungen der sozialen Betreuung sollten in Ausrichtung auf die Gesamtzielsetzung der Einrichtung (das Leitbild, die Unternehmensphilosophie) definiert und abgestimmt sein. Diese Aussagen können sich im Einrichtungskonzept, im Pflegekonzept, im Konzept zur sozialen Betreuung oder in ähnlichen Konzepten finden.

Das Konzept zur sozialen Betreuung soll auf das Bewohnerklientel ausgerichtet sein.

5.5 Liegt ein geeignetes schriftliches Konzept zur hauswirtschaftlichen Versorgung vor?	ja	nein	t.n.z.	E.
a. Aussagen zur Leistungsgestaltung Verpflegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
b. Aussagen zur Leistungsgestaltung Hausreinigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
c. Aussagen zur Leistungsgestaltung Wäscheservice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
d. Aussagen zur Kooperation mit anderen Diensten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Aussagen zur personellen Ausstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Versorgungskonzept sind die Grundsätze der Leistungsgestaltung zu den einzelnen Bereichen der Unterkunft und der Verpflegung (Verpflegung, Hausreinigung, Wäscheservice, Hausgestaltung, Haustechnik) schriftlich

darzulegen. Zur Kooperation mit anderen Diensten sind Aussagen zu treffen, dies ist von besonderer Bedeutung, wenn Leistungen im Bereich Hauswirtschaft von externen Anbietern erbracht werden. Auch Aussagen zur personellen Ausstattung sind erforderlich.

Reinigungsleistungen stehen in enger Beziehung zur Hygiene und im Wohnbereich zum Wohlbefinden und zur Gesundheit der Bewohner. Dabei sind rechtliche Forderungen (z.B. Infektionsschutzgesetz) zu erfüllen. Eine Leistungsbeschreibung der zu erbringenden Reinigungsleistungen ist daher erforderlich. Bei der Planung und Steuerung der Arbeitsabläufe sind die Bedürfnisse und Wünsche der Bewohner zu beachten. In der Leistungsbeschreibung zur hauswirtschaftlichen Versorgung sollte die regelmäßige Raumpflege (Grundreinigung, Unterhaltsreinigung), die unverzügliche Beseitigung von Verunreinigungen (Sichtreinigung) sowie die Berücksichtigung des Tagesablaufs der Bewohner (Schlaf-, Essens- und Ruhezeiten) berücksichtigt werden.

Zur Sicherung einer auf den notwendigen Bedarf abgestimmten und sachgerechten Wäscheversorgung ist eine Leistungsbeschreibung erforderlich. Die Wäscheversorgung soll so gestaltet sein, dass Sauberkeit von Textilien im Wohn-, Ess-, Schlaf-, Bekleidungs- und Hygienebereich der Bewohner, in den Gemeinschaftsbereichen sowie in den Arbeitsbereichen der Pflege sichergestellt ist. Die Bedeutung der Wäsche und Kleidung für die Individualität und Selbstbestimmung ist insbesondere bei Bewohnern mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen zu beachten.

Bei „Bei Aussagen zur Kooperation mit anderen Diensten“ ist „trifft nicht zu“ anzukreuzen, wenn keine Kooperationen bestehen.

Wenn alle Leistungsbereiche der hauswirtschaftlichen Versorgung durch externe Anbieter erbracht werden, ist bei „Aussagen zur personellen Ausstattung“ „trifft nicht zu“ anzukreuzen.

Literatur:

Caritasverband für die Diözese Münster e.V. (2003): Projekt „Zukunftsfähigkeit der stationären Altenhilfeeinrichtungen“: Handlungsempfehlungen für den Umgang mit dementiell erkrankten Bewohnern – Eine Arbeitshilfe für die stationäre Altenhilfe, AEDL 7: Sich kleiden können Münster, 39-41.

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

Die Mitarbeiter in der Pflege und in der hauswirtschaftlichen Versorgung sind zur Kenntnis des Konzeptes zur hauswirtschaftlichen Versorgung zu befragen.

Wenn alle Leistungsbereiche der hauswirtschaftlichen Versorgung durch externe Anbieter erbracht werden, ist bei „Mitarbeitern Hauswirtschaft bekannt“ trifft nicht zu anzukreuzen.

6. Qualitätsmanagement

Das Qualitätsmanagement der Pflegeeinrichtung bezieht sich auf alle Bereiche der Leistungserbringung.

6.1	Ist die betriebliche Zuständigkeit für die Wahrnehmung der Aufgaben im Sinne des Qualitätsmanagements der Leitungsebene zugeordnet?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
------------	--	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

Die Verantwortlichkeit für das Qualitätsmanagement liegt auf Leitungsebene in der Einrichtung, und zwar auch dann, wenn ein Qualitätsmanagementbeauftragter benannt ist.

Demnach ist die verantwortliche Pflegefachkraft auch bei Einsetzung eines Qualitätsmanagementbeauftragten für das Qualitätsmanagement im Bereich Pflege zuständig.

Literatur:

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 16.12.2003, Ziffer 1.3 und Ziffer 2.2.1

6.2	Werden Maßnahmen der externen Qualitätssicherung durchgeführt (z.B. Mitwirkung an einrichtungsübergreifenden Qualitätskonferenzen)?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
------------	--	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

Maßnahmen der externen Qualitätssicherung können sein:

- die Mitwirkung an Qualitätskonferenzen
- die Mitwirkung an Assessmentrunden
- die Entwicklung und Weiterentwicklung von Verfahrensstandards für die Pflege und Versorgung
- externe Audits.

Die vollstationäre Pflegeeinrichtung hat die Durchführung von und die Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu dokumentieren und auf Anforderung der Landesverbände der Pflegekassen nachzuweisen

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn schriftliche Nachweise (z.B. Tagesordnungen, Teilnehmerlisten, Ergebnisprotokolle, Zertifikate, Auditberichte) über externe Maßnahmen vorgelegt werden.

Literatur:

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 16.12.2003, Ziffer 5

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?	ja	nein	l.n.z.	E. <input type="checkbox"/>
a.	<i>Dekubitusprophylaxe</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<i>Pflegerisches Schmerzmanagement</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	<i>Sturzprophylaxe</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Standards bestimmen nach einer Definition der WHO ein professionell abgestimmtes Leistungsniveau der Pflege, das den Bedürfnissen der zu versorgenden Bevölkerung entspricht (z.B. Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege). Die Messbarkeit der Wirkung von Standards wird durch Kriterien der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bestimmt.

Auch wenn die Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege keine direkte Verbindlichkeit für die Pflegekräfte und Pflegeeinrichtungen entfalten, können die Expertenstandards als „vorweggenommene Sachverständigengutachten“ gewertet werden, die bei juristischen Auseinandersetzungen als Maßstab zur Beurteilung des aktuellen Standes der medizinisch-pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse herangezogen werden. Bereits bei mehreren Bundessozialgerichtsurteilen (BSG Urteile vom 24. September 2002 Az B 3 KR 9/02 R und Az B 3 KR 15/02 R) wurde auf den Expertenstandard Dekubitusprophylaxe bezug genommen.

Literatur:

Böhme H (2000): Standards sind vorweggenommene Sachverständigengutachten. Pro Alter, 3, 55-56.

6.4 Werden Maßnahmen der internen Qualitätssicherung im Bereich Pflege durchgeführt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

Maßnahmen der internen Qualitätssicherung können insbesondere:

- die Einrichtung von Qualitätszirkeln
- die Einsetzung eines Qualitätsbeauftragten mit Nachweis über dessen Tätigkeit seit seiner Benennung
- die Entwicklung, Anwendung und Weiterentwicklung von Standards/Richtlinien (Verfahrensstandards)
- Pflegevisiten mit Ergebnisbesprechungen
- Fallbesprechungen
- die Entwicklung, Anwendung und Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagementhandbuchs
- systematische Auswertung von Fachliteratur/Fortbildungsmaßnahmen und Implementation in die Pflegepraxis.

Unter **Qualitätszirkeln** sind Arbeitsgruppen zu verstehen, in denen Mitarbeiter zeitlich begrenzt zur Lösung eines/oder mehrere Probleme zusammenarbeiten. Das Ziel, die Zeitvorgabe und die einzelnen Arbeitsschritte müssen protokolliert werden.

Leitlinien ermöglichen es, auf übergeordneter Ebene allgemeinere Aussagen und Regelungen zu treffen.

Eine **Richtlinie** ist eine konkrete Handlungsanweisung (Tätigkeits- oder Ablaufbeschreibung,) in der die Vorgehensweise einer spezifischen pflegerischen Handlung detailliert beschrieben wird.

Regelungen sollen den individuellen Bedingungen der Einrichtung angepasst sein. Von großer Bedeutung ist der Prozess der Einführung und Umsetzung. Bei deren Anwendung müssen die individuellen Bedürfnisse der Bewohner berücksichtigt werden. Standards/Richtlinien sind für die Mitarbeiter verbindlich, sie müssen nachvollziehbar dokumentiert, regelmäßig reflektiert und ggf. angepasst werden. Die Anzahl der in einer Pflegeeinrichtung eingesetzten Standards/Richtlinien sollte überschaubar sein. Erfahrungsgemäß ist u.a. die Regelung folgender Prozesse sinnvoll:

- Situationen, in denen in der Einrichtung immer wieder Fehler unterlaufen
- Situationen, die für die Pflegeeinrichtung ungewöhnlich oder risikobehaftet sind
- Einzug der Bewohner in die stationäre Einrichtung
- Gespräch vor oder bei dem Einzug
- Krankenhausaufenthalt der Bewohner
- Notfälle
- Sterbebegleitung
- Umgang mit Verstorbenen.

Die **Pflegevisite** wird als Besuch beim Bewohner durchgeführt und dient u.a. der Erörterung des Befindens des Pflegebedürftigen, seiner individuellen Wünsche und seiner Zufriedenheit mit der Pflegeeinrichtung sowie der Erstellung, kontinuierlichen Bearbeitung und Kontrolle der Pflegeplanung sowie -dokumentation. Gleichzeitig bildet sie eine Möglichkeit, die Qualität der Pflege zu beurteilen sowie zu optimieren und mit dem Bewohner die Ziele und Maßnahmen zu vereinbaren. Die Pflegevisite ist ein Planungs- und Bewertungsinstrument, das bewohner- oder mitarbeiterorientiert durchgeführt werden kann. Die Anwendung des Pflegeprozesses kann mit der Durchführung und dokumentierten Pflegevisite im Sinne des PDCA-Zyklus optimiert werden. Für die Fortbildungsplanung bietet sich eine Analyse der Pflegeprobleme an, die Schwerpunkte in den bisher durchgeführten Pflegevisiten waren.

Mit der Pflegevisite können u.a. folgende Ziele erreicht werden:

- Einbeziehung des Bewohners und ggf. seiner Angehörigen im Sinne einer individuellen und bewohnerzentrierten Pflege in die Planung und Bewertung der Pflege
- Entscheidung des Bewohners für oder gegen eine Maßnahme auf der Basis einer kompetenten Beratung durch die Pflegefachkraft
- Steigerung der Zufriedenheit des Bewohners und der Transparenz des Pflegeprozesses für alle Beteiligten
- systematische Reflexion der Arbeit der professionell Pflegenden
- ggf. Anpassung der Pflegeziele und -maßnahmen
- Optimierung der Arbeits- und Organisationsstrategien
- Evaluation des Implementierungsgrades von Konzepten, Standards und durchgeführten Fortbildungen
- Unterstützung der Mitarbeiter in der direkten Pflege, insbesondere der Bezugspflegefachkräfte
- Ermittlung der Qualität der pflegerischen Leistung der einzelnen Mitarbeiter inklusive Feedback
- regelmäßige Ermittlung der Pflegeintensität und Anpassung der Einsatz- und Personalplanung.

Pflegevisiten sollten von Mitarbeitern mit fachlicher Kompetenz (Pflegefachkräfte mit umfassendem aktuellem Fachwissen) durchgeführt werden. Zusätzlich benötigen diese Mitarbeiter organisatorische sowie soziale Kompetenz. Möglichst sollten die verantwortliche Pflegefachkraft in enger Zusammenarbeit mit der Bezugspflegefachkraft des zu visitierenden Bewohners (in der stationären Pflege ggf. die Wohnbereichsleitung) oder andere speziell für diese Aufgabe qualifizierte Mitarbeiter die Pflegevisite übernehmen.

Mit **Fallbesprechungen** können Mitarbeiter in der Pflegeeinrichtung die Pflegesituation eines Bewohners mit dem Ziel einer Verbesserung seiner Lebenssituation diskutieren und Lösungen für Pflegeprobleme vereinbaren. Sie dienen der Entwicklung abgestimmter Verhaltens- und Vorgehensweisen.

Entwicklung, Anwendung und Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagementhandbuchs

Von der Entwicklung eines Qualitätsmanagementhandbuchs ist auszugehen, wenn mindestens Verantwortlichkeiten und ein Zeitplan festgelegt sind sowie erste Kapitel erarbeitet wurden.

Systematische Auswertung von Fachliteratur/Fortbildungsmaßnahmen und Implementation in die Pflegepraxis

Die Pflegeeinrichtung analysiert Fachliteratur/durchgeführte Fortbildungsmaßnahmen zu bestimmten Schwerpunktthemen, plant Maßnahmen zur Implementierung und überprüft deren Umsetzung in der Pflegepraxis.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn mindestens 3 der oben genannten (oder vergleichbare) Maßnahmen nachweislich systematisch und situationsgerecht durchgeführt werden.

Literatur:

- Batz B (2001): Mehr als ein Besuch: Die Pflegevisite. In: Forum Sozialstation.108, 24–27.
- Bölicke C (2004): Die Fallbesprechung in der Pflege. In: Die Schwester/Der Pfleger, 1,12–16.
- Dalien E & M Kohlhammer (2000): Pflegeforum – eine besondere Form der Pflegevisite. In: Die Schwester/Der Pfleger, 2, 138–139.
- Georg J & Frohwein M (Hrsg.) (1999): Pflegelexikon, Stichwort Pflegevisite. Wiesbaden.
- Görres S et al. (2002): Pflegevisite: Möglichkeiten und Grenzen. In: Pflege, 15, 25–32.
- Friesacher H (1999): Pflegevisite. In: Handbuch der Intensivpflege, 1–10, Landsberg.
- Harsch C, Hellige B, Hundt L et al. (1994): Qualitätssichernde Maßnahmen. In: Hellige B, Holler G: Leitfaden zur Neuordnung des Pflegedienstes. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 31. Baden-Baden.
- Büse F, Kämmer K (1995): Heim Aktuell. Leitungshandbuch für Pflegeeinrichtungen. Grundwerk, Band 1–3. Hannover.
- Jendrosch T (1998): Projektmanagement. Wiesbaden.
- Kellnhäuser E (1995): Theorie und Praxis der Pflegevisite. 7. Folge: Patientenübergabe versus Pflegevisite. In: Die Schwester/Der Pfleger, 7, 590–591.
- Löser A (1998): Die Pflegevisite ist Teil des modernen Qualitätsmanagement. In: Pflegen ambulant 6, 32–33.
- Marx W (2002): Bedeutung der Pflegevisite im Alten-/Pflegeheim. In: Die Schwester/Der Pfleger, 1, 55–57.
- Menche N, Bazlen U Kommerell T (Hrsg.) (2001): Pflege Heute, Stichwort Pflegevisite. München, Jena.
- Morawe-Becker U (2004): Die Pflegevisite – regelmäßig mit dem Patienten über seinen Pflegeprozess sprechen. In: Die Schwester/Der Pfleger, 1, 8–11.
- Roes M (2000): Grundsätzliche Aussagen zum Qualitätsbegriff und zum Qualitätsmanagement im Universitätsklinikum Benjamin Franklin Berlin. In: Roes M et al., Francois-Kettner H, Schmälzle G, Lehmann T (2000): MUM – Ein Qualitätsprogramm zum Anfassen. Bern et al.
- Sowinski C, Kämmer K (1995): Standards. In: Büse, F et al. (Hrsg.): Heim aktuell. Leitungshandbuch für Altenhilfeeinrichtungen, Hannover.
- Thelen-Aster A (2003): Pflegevisiten nutzen allen Beteiligten. In: Pflegen ambulant, 2, 36–38.

6.5	Werden Maßnahmen der internen Qualitätssicherung im Bereich Hauswirtschaft durchgeführt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
-----	---	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

Beispiele für interne Qualitätskontrollen in den Leistungsbereichen der Hauswirtschaft sind:

- Visiten der verantwortlichen Fachkraft zu den verschiedenen Leistungsbereichen der Hauswirtschaft (Verpflegung, Hausreinigung, Hausgestaltung, Haustechnik)
- Beteiligung am Beschwerde-Managementsystem
- Prüfung der Prozesse im Verpflegungsbereich: Eigenkontrollsystem zur Sicherung des Hygienestandards auf der Grundlage des HACCP-System (Harzard Analysis and Critical Control Points: Risikoanalyse und Überwachung kritischer Kontrollpunkte)
- Prüfung der Prozesse im Reinigungsbereich: Leistungs- und Qualitätsbeschreibungen mit Kontroll- und Checklisten der Reinigungsverfahren und Ergebnisse
- Prüfung der Prozesse im Wäschebereich: Überwachung der Textilbeschaffung, Wäschekontrolllisten
- Befragung, Gespräche mit Bewohnern zur Zufriedenheit mit Leistungen der Ernährung (Speisen und Getränke, Service), der Reinigungsdienste, des Wäsche- und Kleiderservice, der Wohnlichkeit im eigenem Wohnbereich und in den Gemeinschaftsbereichen (Hausgestaltung)

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn mindestens 3 der oben genannten (oder vergleichbare) Maßnahmen nachweislich systematisch und situationsgerecht durchgeführt werden.

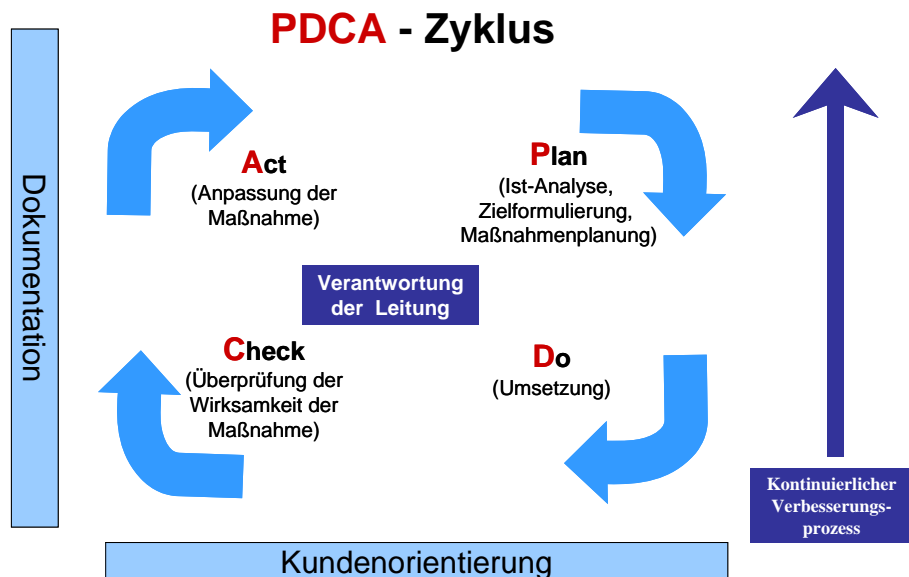
Literatur:

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 16.12.2003, Ziffer 5

		ja	nein	E.
6.6	Wird das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement entsprechend dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess (im Sinne des PDCA-Zyklus) gehandhabt?			<input type="checkbox"/>
a.	<i>Istanalyse, Zielformulierung und Maßnahmenplanung (Plan)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	<i>Umsetzung (Do)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	<i>Überprüfung der Wirksamkeit (Check)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	<i>Anpassung der Maßnahmen (Act)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Gemäß § 80 Abs. 1 SGB XI vereinbaren die Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen mit den Vertragspartnern „Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und die Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist.“

Ein kontinuierlicher Qualitätsverbesserungsprozess beginnt mit der Formulierung des zu erreichenden bzw. zu erwarteten Qualitätsniveaus in Form von Zielen. Im Anschluss daran erfolgt die Planung, Umsetzung und Evaluation in der Praxis. Je nach Ergebnis der Evaluation werden die Maßnahmen und ggf. die Ziele angepasst werden.



Literatur:

Görres S (1999): Qualitätssicherung in Pflege und Medizin, Göttingen, Toronto, Seattle.

Illison M, Kerner G (2003): Praxisleitfaden Qualitätsmanagement in Pflegeeinrichtungen. Ulm.

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 16.12.2003, Ziffer 1.3

		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"/>
a.	<i>aktuell (umfasst alle Mitarbeiter, die seit mehr als 1 Woche beschäftigt sind)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	<i>Nennung der Qualifikation</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	<i>Vor- und Zunamen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	<i>Handzeichen übereinstimmend</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sowohl bei handschriftlicher als auch bei EDV-gestützter Pflegedokumentation ist eine Handzeichenliste erforderlich.

Bei der Erstellung der Handzeichenliste ist zu darauf zu achten, dass jedes Handzeichen eindeutig einem Mitarbeiter zugeordnet werden kann.

Aktuell ist eine Handzeichenliste dann, wenn sie alle Mitarbeiter umfasst, die seit mehr als 1 Woche in der Pflegeeinrichtung beschäftigt sind.

		ja	nein	t.n.z.	E.
6.8	Liegt ein bedarfsgerechter prospektiver Fortbildungsplan für alle Leistungsbereiche vor?				<input type="checkbox"/>
a.	<i>Fortbildungsplan Pflege</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<i>Fortbildungsplan soziale Betreuung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	<i>Fortbildungsplan hauswirtschaftliche Versorgung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	<i>bei Schwerpunkt schwerpunktspezifische Fortbildungen berücksichtigt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Unter Fortbildung sind Maßnahmen zu verstehen, die dem Erhalt und der Aktualisierung des Fachwissens dienen. Die Teilnahme an Maßnahmen der Fortbildung dient zum einen der persönlichen beruflichen Qualifikation, zum anderen der Sicherstellung der betrieblich geforderten Qualifikation.

Tätigkeitsbezogene Fortbildungen für den Bereich Pflege können sich u.a. beziehen auf Dekubitusprophylaxe, Lagerungs-, Transfer- und Bewegungstechniken, Umgang mit Medikamenten, Wundmanagement, Anwendung des Pflegeprozesses und der Pflegedokumentation, Ernährung- und Flüssigkeitsversorgung, Konzepte zum Umgang mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen.

Tätigkeitsbezogene Fortbildungen für den Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung können sich u.a. beziehen auf Konzepte zur Ernährung älterer Menschen, Infektionsschutzgesetz, Lebensmittelhygieneverordnung, Risikominimierung bei Lagerung und Zubereitung der Speisen.

Tätigkeitsbezogene Fortbildungen für den Bereich der sozialen Betreuung können sich u.a. beziehen auf neue Wohnkonzepte, Biografie- und Erinnerungsarbeit, Umgang mit Trauer, Validation.

Tätigkeitsbezogene Fortbildungen für den Schwerpunktbereich beziehen sich auf den vereinbarten Schwerpunkt (z.B. gerontopsychiatrische Pflege, Wachkoma-Versorgung, beatmungspflichtige Bewohner).

Fortbildungspläne sind grundsätzlich für alle Leistungsbereiche erforderlich. Die Pläne sind auf den in der Pflegeeinrichtung im Rahmen des Qualitätsmanagements/der Fortbildungsbedarfsermittlung festgestellten Bedarf abzustellen.

Wenn Teilbereiche der hauswirtschaftlichen Versorgung durch externe Leistungserbringer erbracht werden, muss dieser Bereich in der Fortbildungsplanung nicht berücksichtigt werden. Wenn alle Leistungen der Hauswirtschaft durch externe Anbieter erbracht werden, ist bei „prospektiver Fortbildungsplan hauswirtschaftliche Versorgung“ trifft nicht zu anzukreuzen.

		ja	nein	t.n.z.	E.
6.9	Werden alle in der Pflege, sozialen Betreuung und hauswirtschaftlichen Versorgung tätigen Mitarbeiter in die Fortbildung einbezogen?				<input type="checkbox"/>
a.	<i>Einbeziehung aller Mitarbeiter Pflege</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<i>Einbeziehung aller Mitarbeiter soziale Betreuung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	<i>Einbeziehung aller Mitarbeiter hauswirtschaftliche Versorgung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bei interner Fortbildung müssen Fortbildungen über Teilnehmerlisten mit Datum, Gegenstand der Fortbildung und Handzeichen der Teilnehmer nachgewiesen werden, bei externen Fortbildungen müssen Teilnahmebescheinigungen vorliegen. Bei dieser Frage ist der Fortbildungsplan zu berücksichtigen. Ausnahmen können vorliegen, z.B. wenn Mitarbeiter erst seit kurzem in der Einrichtung beschäftigt sind oder Mitarbeiter erkrankt waren.

Wenn alle Leistungen der Hauswirtschaft durch externe Anbieter erbracht werden, ist bei „Einbeziehung aller Mitarbeiter hauswirtschaftliche Versorgung“ trifft nicht zu anzukreuzen.

		ja	nein	E.
6.10	Werden aktuelle Fachliteratur und Fachzeitschriften für die Mitarbeiter in der Einrichtung im Bereich Pflege zugänglich vorgehalten?			<input type="checkbox"/>
a.	<i>Auswahl aktueller tätigkeitsbezogener Fachbücher, die allen Mitarbeitern zugänglich ist</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	<i>mindestens eine periodisch erscheinende Fachzeitschrift, die allen Mitarbeitern z.B. per Umlauf zugänglich ist</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Fachliteratur ist zugänglich vorzuhalten. Fachliteratur für den Bereich Pflege umfasst meist auch Inhalte der sozialen Betreuung.

Literatur:

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 16.12.2003, Ziffer 2.4.2

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschl. des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen in der teilstationären Pflege von 1996, Ziffer 3.1.1.2 und in der Kurzzeitpflege von 1995, Ziffer 3.1.1.2

		ja	nein	t.n.z.	E.
6.11	Wird ein geeignetes Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter in der Pflege nachweislich angewandt?				<input type="checkbox"/>
a.	<i>Zielvorgaben im Konzept</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<i>zeitlichen Vorgaben im Konzept</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	<i>inhaltlichen Vorgaben im Konzept</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	<i>Pflegefachkraft als Ansprechpartner im Konzept benannt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e.	<i>Differenzierung nach Qualifikation der Mitarbeiter im Konzept</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
f.	<i>Einarbeitungsbeurteilung im Konzept</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
g.	<i>Konzept angewandt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Eine geplante, systematische, nach einem Konzept durchgeführte Einarbeitung kann zur Sicherheit, Motivation und Zufriedenheit der neuen Mitarbeiter beitragen. Sie ist damit ein wichtiger Baustein zur Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit, zur Reduzierung von Mitarbeiterfluktuation und nicht zuletzt zur effektiven Nutzung der Personalressourcen.

Die Einarbeitung ist für jeden neuen Mitarbeiter erforderlich, sie muss abhängig von der Berufserfahrung, der Qualifikation des neuen Mitarbeiters und im Hinblick auf das spätere Aufgabengebiet unterschiedlich gestaltet werden.

Der neue Mitarbeiter sollte das Einarbeitungskonzept kennen und danach systematisch, umfassend und zielorientiert in das zukünftige Aufgabengebiet eingearbeitet werden. Die vorgesehene Einarbeitungsdauer ist zeitlich festzulegen und die Durchführung der Einarbeitung zu dokumentieren. Das Einarbeitungskonzept bedarf einer ständigen Anpassung und Weiterentwicklung.

Bei „Konzept angewandt“ ist „trifft nicht zu“ anzukreuzen, wenn ein geeignetes Konzept vorliegt, aber bisher nicht angewandt werden konnte, weil seit Vorliegen des Konzeptes keine Mitarbeiter eingestellt wurden.

Literatur:

Herold E (1999): Ambulante Pflege. Bd. 3. Hannover.

Eschemann R (1995): Personaleinführung und Personaleinarbeitung In: Büse F et al. (Hrsg.): Heim aktuell. Leitungshandbuch für Altenhilfeeinrichtungen. Hannover, Bd. 3, IV, 13-16.

		ja	nein	t.n.z.	E.
6.12	Werden Methoden zur Sicherstellung der Informationsweitergabe genutzt?				<input type="checkbox"/>
a.	<i>Übergabegespräche</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<i>regelmäßigen Dienstbesprechungen Pflege</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	<i>regelmäßigen Dienstbesprechungen soziale Betreuung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	<i>regelmäßigen Dienstbesprechungen hauswirtschaftliche Versorgung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e.	<i>professionsübergreifende Dienstbesprechungen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
f.	<i>schriftlich fixierte Regelungen (z.B. Dienstanweisungen, Rundschreiben, Aushang, Intranet)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Mit dieser Frage soll ermittelt werden, mit welchen Methoden die Pflegeeinrichtung einen verbindlichen und zuverlässigen Informationstransfer gewährleistet.

Wenn alle Leistungen der Hauswirtschaft durch externe Anbieter erbracht werden, ist bei „regelmäßige Dienstbesprechungen Hauswirtschaft“ „trifft nicht zu“ anzukreuzen.

		ja	nein	E.
6.13	Gibt es schriftlich festgelegte und verbindliche Regelungen für Erste-Hilfe-Maßnahmen bei Bewohnern?			<input type="checkbox"/>
a.	<i>Schulungen Erste-Hilfe-Maßnahmen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	<i>schriftliche Regelung für Notfälle bei Bewohnern</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Zur Forderung einer Ausbildung in Erste-Hilfe-Maßnahmen oder zur Einführung von Erste-Hilfe-Regelungen bestehen keine gesetzlichen Vorschriften. In Einrichtungen der Altenhilfe und des Gesundheitswesens sollten jedoch Kenntnisse und Handlungssicherheit in Notfallsituation bei den Mitarbeitern selbstverständlich sein.

In diesem Sinne ist auch die Einführung einer Regelung z.B. in Form eines Flussdiagramms zu empfehlen.

Zu regeln ist hier die Vorgehensweise beim Auffinden eines Pflegebedürftigen in einer gefährdenden Situation (z.B. nach Sturz, Entgleisung von Körperfunktionen oder Bewusstlosigkeit).

		ja	nein	E.
6.14	Werden in der Pflegeeinrichtung Regelungen zum Umgang mit Beschwerden angewendet?			<input type="checkbox"/>
a.	<i>schriftliche Regelung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	<i>Beschwerdeerfassung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	<i>Beschwerdeauswertung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ein offener Umgang mit Beschwerden von Bewohnern, Angehörigen und Mitarbeitern ermöglicht es der Einrichtung, sich eigener Schwachstellen bewusst zu werden und Qualitätsverbesserungen zu erreichen. Sinnvoll ist ein schriftlich festgelegtes Beschwerdeverfahren (z.B. nach DIN ISO). Beschwerdemanagement ist ein unverzichtbarer Bestandteil eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.

7. Pflegedokumentationssystem

		ja	nein	E.
7.1	Liegt ein einheitliches Pflegedokumentationssystem vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn die dem Prüftteam von der Pflegeeinrichtung zur Verfügung gestellten Elemente des Pflegedokumentationssystems mit den bei den Bewohnern eingesehenen Dokumentationsunterlagen übereinstimmen.

7.2 Können alle relevanten Informationen mit dem angewandten Pflegedokumentationssystem erfasst werden?		ja	nein	E.
a.	Stammdaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Pflegeanamnese/Informationssammlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Biografie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Bedürfnisse, Probleme und Fähigkeiten, Ziele und geplante Maßnahmen sowie die Evaluation der Ergebnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	verordnete medizinische Behandlungspflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Gabe verordneter Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Durchführungsnachweis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Pflegebericht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Bewegungs- bzw. Lagerungsplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Trink-/Bilanzierungsplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	Ernährungsplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l.	Überleitungsbogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m.	Wunddokumentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n.	Dekubitusrisiko/Dekubitusrisikoskala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o.	Fixierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p.	Gewichtsverlauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q.	Miktionsprotokoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r.	Sturzrisiko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s.	Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ein Pflegedokumentationssystem soll die übersichtliche und jederzeit nachvollziehbare Dokumentation der Stammdaten sowie des Pflegeprozesses in all seinen Schritten ermöglichen. Pflegedokumentationssysteme werden in der Regel unterteilt in die Elemente Stammbblatt, Pflegeanamnese, Pflegeplanung, Pflegedurchführungsnachweis (bzw. Leistungsnachweis) sowie Pflegebericht.

Im Stammbblatt sollten folgende Stammdaten eingetragen werden können: Angaben zur Person und ggf. zur Konfession, Versicherungsdaten, Kostenübernahmeregelungen, Pflegestufe nach SGB XI, Datum des Einzugs bzw. des Umzugs im Haus, pflegebegründende Diagnosen, Information zu bestehenden Allergien, Kostform, medizinische therapeutische Versorgungssituation, Information für Notfallsituation (z.B. Adresse und Telefonnummer einer Bezugsperson), Aufenthalte in Einrichtungen (bzw. Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung, Kurzzeitpflege, Tagespflege) sowie Angaben zu Hilfsmitteln, Informationen zu Verfügungen, Angaben zu Bezugspersonen und oder gesetzliche Betreuer. Weiterhin sollten der Hausarzt und weitere mit der Betreuung befasste Dienste aufgeführt werden.

In der Pflegeanamnese/Informationssammlung muss die Darstellung eines umfassenden Gesamteindrucks über die aktuelle Situation des Pflegebedürftigen unter Berücksichtigung der Gewohnheiten, der Möglichkeiten/Fähigkeiten, den Einsatz von Hilfsmitteln und deren Aktualisierung bestehen. Das im Pflegeleitbild und/oder Pflegekonzept favorisierte Pflegemodell oder Assessmentverfahren bildet die Struktur für die Pflegeanamnese/Informationssammlung.

Literatur:

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 16.12.2003, Ziffer 3.1.1.3

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.
a.	Zugriffsrechte für alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter eindeutig geregelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Eintragungen sind Mitarbeitern zugeordnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	nachträgliche Eintragungen/Änderungen werden als solche gekennzeichnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jeder Mitarbeiter, der Eintragungen in der EDV-gestützten Dokumentation vornimmt, muss über ein Passwort den Zugriff auf die Dokumentation erhalten. Jede Eintragung muss einem Mitarbeiter eindeutig zuzuordnen sein.

Die Anforderungen müssen durch Demonstration am PC überprüft werden.

8. Hygiene

Bei schweren hygienischen Defiziten (z.B. bei der Versorgung von Bewohnern mit MRSA) ist die zuständige Behörde (z.B. Gesundheitsamt) zu informieren.

		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"/>
a.	<i>im Eingangsbereich</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	<i>in Bewohnerzimmer(n)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	<i>in Dienstzimmer(n)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	<i>in Sanitärräume(n)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e.	<i>in Aufenthaltsräume(n) der Bewohner</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f.	<i>bei Hilfsmitteln</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g.	<i>bei Kleidung der Mitarbeiter</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h.	<i>räumliche Trennung von Arbeits-, sonstigen Hilfsmitteln und Wäsche in rein und unrein</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Vorliegende Prüfberichte anderer Prüfinstitutionen sind einzubeziehen (siehe Frage 1.4).

Im Rahmen der Prüfung sollte eine stichprobenartige Begehung der Räume (Wohnbereiche, Diensträume, Sanitärräume) erfolgen. Bei der Prüfung durch den MDK werden Kriterien wie optische Sauberkeit, Ordnung sowie Geruch etc. beurteilt.

Für ältere Menschen mit gemindertem Allgemeinzustand oder bei bestimmter medikamentöser Behandlung und Personen mit Vorerkrankungen oder Immunschwäche besteht eine erhöhte Infektionsgefahr.

Der Träger der Einrichtung hat dafür Sorge zu tragen, dass die erforderlichen hygienischen, medizinischen und pflegerischen Maßnahmen mit den Bedürfnissen der in den Heimen lebenden Menschen nach Geborgenheit und physischem sowie psychischem Wohlbefinden in Einklang gebracht werden. Dabei muss stets die Würde und Privatsphäre des Menschen gewahrt bleiben.

Übertragbaren Krankheiten beim Menschen vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern, ist Zweck des Infektionsschutzgesetzes. Das Gesetz setzt dabei in hohem Maße neben behördlichen Aufgaben und Zuständigkeiten auch auf die Eigenverantwortung der Träger und Leiter von Gemeinschaftseinrichtungen sowie jedes Einzelnen.

Die Kriterien der Frage sind jeweils mit ja zu beantworten, wenn diese in allen Bereichen vollständig erfüllt sind.

Literatur:

Länderarbeitskreis zur Erstellung von Hygieneplänen nach § 36 IfSG (2002): Rahmenhygieneplan gemäß § 36 Infektionsschutzgesetz für Alten- und Altenpflegeheime.

Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen – Infektionsschutzgesetz – IfSG vom 20 Juli 2000; Abschn. 6, §§ 33; 36 Zusätzliche Vorschriften für Schulen und sonstige Gemeinschaftseinrichtungen.

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2004): Berufsgenossenschaftliche Regel/Technische Regeln biologische Arbeitsstoffe (BGR/TRBA) 250. Hamburg.

Robert Koch Institut (2003): Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention – 21. Lieferung (Dezember 2003). München, Jena.

		ja	nein	E.
8.2	Gibt es in der Pflegeeinrichtung ein angemessenes Hygienemanagement?			<input type="checkbox"/>
a.	<i>innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Desinfektion und Umgang mit Sterilgut</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	<i>Reinigung und Ver- und Entsorgung kontagiöser oder kontaminierter Gegenstände</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	<i>Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensanweisungen wird regelmäßig überprüft</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	<i>innerbetrieblicher Verfahrensanweisungen Mitarbeitern bekannt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e.	<i>alle im Rahmen des Hygienemanagements erforderlichen Desinfektionsmittel sind vorhanden</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Um sicherzustellen, dass Hygienevorschriften einheitlich angewendet werden, sieht das Infektionsschutzgesetz vor, dass die Verantwortlichen dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse genügende Hygienepläne für die Einrichtung erarbeiten. Diese haben die Aufgabe, alle innerbetrieblichen Maßnahmen, die den Schutz der Bewohner und ihrer Umgebung sowie den Schutz der Mitarbeiter vor unerwünschten Mikroorganismen gewährleisten (vgl. § 2 Nr. 8 in Verbindung mit § 23 Abs. 2 IfSG), schriftlich festzuhalten und allen Mitarbeitern als verbindliche Handlungsanleitung zu dienen.

Grundlage für innerbetriebliche Verfahrensweisen sind die Empfehlungen zur Prävention nosokomialer Infektionen sowie zu betrieblich-organisatorischen und baulich-funktionellen Maßnahmen der Hygiene in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. Die Empfehlungen der Kommission werden vom Robert-Koch-Institut veröffentlicht.

Die innerbetrieblichen Verfahrensweisen/der Hygieneplan sollte allen Mitarbeitern nachweislich bekannt sein und mindestens Angaben enthalten über die Händedesinfektion, das Tragen von Schutzkleidung, den Umgang mit Schmutzwäsche sowie die Hygiene im Umgang mit Pflegehilfsmitteln und der Aufbereitung von Geräten. Hygienische Gesichtspunkte bei speziellen Pflegemaßnahmen können auch in den dafür erstellten Standards/Richtlinien festgelegt werden.

Nachprüfbar sind die Kriterien der Frage z.B. durch von den Mitarbeitern abgezeichnete Dienstanweisung, und/oder durch Befragungen der Mitarbeiter per Zufallsauswahl.

Die Frage im Spiegelstrich e. dient der Überprüfung der Plausibilität des Hygienemanagements. Es besteht damit kein Anspruch auf vollständige Überprüfung der Plausibilität bei der Anwendung des Hygienemanagements.

Die Frage im Spiegelstrich e. ist mit ja zu beantworten, wenn in den stichprobenartig besuchten Wohn-/Pflegebereichen die zum Hygienemanagement erforderlichen Desinfektionsmittel vorrätig sind.

Literatur:

Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen – Infektionsschutzgesetz – IfSG vom 20 Juli 2000, zuletzt geändert am 24.12.2003.

Robert Koch Institut (2001): Prävention von nosokomialen Infektionen und Krankenhaushygiene im Infektionsschutzgesetz (IfSG). Berlin.

Länder-Arbeitskreis zur Erstellung von Hygieneplänen nach § 36 IfSG (überarbeitet und angepasst vom Thüringer Landesamt für Lebensmittelsicherheit und Verbraucherschutz) (2002): Rahmen-Hygieneplan gemäß § 36 Infektionsschutzgesetz für Alten- und Altenpflegeheime. O.O.

Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (GGHM) (in der jeweils gültigen Ausgabe): Desinfektionsmittel-Liste der DGHM, Wiesbaden.

		ja	nein	E.
8.3	Stehen den Mitarbeitern in den stichprobenartig besuchten Wohnbereichen in erforderlichem Umfang Arbeitshilfen zur Verfügung?			<input type="checkbox"/>
a.	<i>Handschuhe</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	<i>Händedesinfektionsmittel</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	<i>Schutzkleidung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Mit Arbeitshilfen sind z.B. Handschuhe, Schutzkleidung, Händedesinfektionsmittel, Einmalwaschhandschuhe gemeint.

Bei Möglichkeit der Kontamination mit Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen empfiehlt sich das Tragen von Schutzkleidung (z.B. Einmalschürzen).

Die Händehygiene gehört zu den wichtigsten Maßnahmen zur Verhütung von Infektionen.

Die Hand kann darüber hinaus als Infektionsquelle fungieren, wenn sich Mikroorganismen in den obersten Schichten der Haut oder in infizierten Läsionen vermehren und von dort freigesetzt werden. Dies ist bei der Infektionsprophylaxe zu berücksichtigen.

Die unterschiedlichen Maßnahmen der Händehygiene dienen dem Schutz vor der Verbreitung von Kontaminationen der Haut mit pathogenen Erregern, der Entfernung und/oder Abtötung von Mikroorganismen, der Reduktion der residenten Flora und der Entfernung von Verschmutzungen.

Bei vorhersehbarem oder wahrscheinlichem Erregerkontakt sowie bei möglicher massiver Verunreinigung mit Körperausscheidungen, Sekreten und Exkreten sind Schutzhandschuhe anzuziehen. Das betrifft zum Beispiel die Pflege inkontinenter Bewohner, das Waschen von MRSA-infizierten Bewohnern, den Umgang mit Beatmungsschläuchen, die Entleerung von Wasserfallen, endotracheales Absaugen, Tracheostomapflege, Entsorgung von Sekreten, Exkreten und Fäzes kontaminierten Materialien (z.B. Stoma). Nach Beendigung der Tätigkeiten an einem Bewohner sind die Handschuhe abzulegen und es ist eine hygienische Händedesinfektion durchzuführen.

Bei tatsächlicher wie auch fraglicher mikrobakterieller Kontamination der Hände muss eine hygienische Händedesinfektion durchgeführt werden. Zur hygienischen Händedesinfektion sind vorzugsweise Mittel auf Wirkstoffbasis von Alkoholen zu verwenden. Das alkoholische Präparat wird über sämtliche Bereiche der trockenen Hände unter besonderer Berücksichtigung der Innen- und Außenflächen einschließlich Handgelenke, Flächen zwischen den Fingern, Fingerspitzen, Nagelfalz und Daumen eingerieben und für die Dauer der Einwirkzeit feucht gehalten.

Zur Beantwortung dieser Frage ist zu überprüfen, ob in der Pflegeeinrichtung entsprechende Arbeitshilfen vorrätig sind, außerdem sind die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung zu befragen. Die Regelungen der Rahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI sind zu berücksichtigen.

Literatur:

Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch Institut (2000): Empfehlung zur Händehygiene, Bundesgesundheitsblatt, 43, 230-233.

8.4	Wenn in der Pflegeeinrichtung Bewohner mit MRSA wohnen: Liegen geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen vor?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	l.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
------------	---	--------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

Nach den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) Sektion „Hygiene in der ambulanten und stationären Kranken- und Altenpflege/Rehabilitation“ ist das medizinische und sonstige Personal medizinischer Einrichtungen hinsichtlich der Bedeutung und des Umgangs mit MRSA-kolonisierten bzw. infizierten Patienten/Bewohnern zu schulen und das Einhalten allgemeiner und spezieller Hygienemaßnahmen zu kontrollieren.

Unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) sind die Träger der Einrichtung dafür verantwortlich, innerhalb der Einrichtung klare Verfahrensabläufe und Maßnahmen für den Umgang mit MRSA infizierten Bewohner zu treffen.

Die Sektion „Hygiene in der ambulanten und stationären Kranken- und Altenpflege/Rehabilitation“ der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) hat für Pflegeeinrichtungen den „Maßnahmenplan beim Auftreten von MRSA“ erarbeitet. Insbesondere die folgenden in dieser Empfehlung enthaltenen Anforderungen sollten in den schriftlichen Regelungen der Einrichtung beachtet werden:

- Schutzmaßnahmen vor Kontamination sowie die Information aller mit dem Bewohner in Kontakt kommenden Personen
- Meldepflicht laut § 6 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz für gehäuftes Auftreten nosokomialer Infektionen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird

- Hygienemaßnahmen z.B. Händehygiene, Tragen von Schutzkittel, Mundschutz, Einmalhandschuhen bei direktem Patientenkontakt oder Verbandwechsel
- Desinfektions- und Reinigungsmaßnahmen des Bewohnerzimmers, der Pflegeutensilien, Instrumente, Wäsche und Textilien, des Essgeschirrs sowie z.B. bei der Nutzung des Stationsbades
- Unterbringung in Einzelzimmern bei Bewohnern, die abgesaugt werden müssen, Bewohnern mit starker Sekretabsonderung, nässenden Ekzemen, stark ausgetrockneter oder schuppender Haut
- Regelungen zur Aufhebung der Unterbringung im Einzelzimmer (wenn frühestens 3 Tage nach Abschluss der Behandlung 3 x Kontrollabstriche im mindestens Tagesabstand abgenommen werden und diese alle negativ sind)
- Maßnahmen bei Verlegung und Transport in andere Einrichtungen (insbesondere Information der Zieleinrichtung, Beschränkung auf medizinisch notwendige Transporte)
- Abschlussdesinfektion aller Gegenstände und Flächen nach Entlassung oder erfolgreicher MRSA-Sanierung.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- die vorliegenden Regelungen die aufgelisteten Empfehlungen berücksichtigen und
- wenn nachweislich Schulungsmaßnahmen für die Mitarbeiter durchgeführt werden.

Literatur:

Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) Sektion "Hygiene in der ambulanten und stationären Kranken- und Altenpflege/Rehabilitation" (2002): Maßnahmenplan beim Auftreten von MRSA. o.O.

Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am RKI (1999): Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen. Bundesgesundheitsblatt, 42, 954-958.

9. Verpflegung

		ja	nein	E.
9.1	Wird in der Pflegeeinrichtung ein Speiseplan veröffentlicht und den Bewohnern zur Kenntnis gebracht?			<input type="checkbox"/>
a.	seniorengerechte Schriftgröße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	Speisepläne hängen in den Wohnbereichen aus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	Ausgehängte Speisepläne sind für Rollstuhlfahrer einsehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	immobile Bewohner bekommen Speiseplan oder werden über das Speisenangebot systematisch informiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Verschiedene altersbedingte Sehbeeinträchtigungen (Altersweitsichtigkeit, Linsentrübungen) bedingen ein vermindertes Sehvermögen bei Senioren. Als erleichternd hat sich daher die Verwendung einer seniorengerechten Schriftgröße (mindestens Schriftgrad 14) und eines geeigneten Schrifttyps (z.B. Arial) erwiesen.

Schriftgrad 14 Arial

		ja	nein	E.
9.2	Wird in der Einrichtung ein abwechslungsreiches, vielseitiges und bedarfsgerechtes Speiseangebot vorgehalten?			<input type="checkbox"/>
a.	Wahlmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	Diätkost z.B. bei Diabetes etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	Wunschkost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	bedarfsgerechtes Speisenangebot für gerontopsychiatrisch veränderte Bewohner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e.	bei bestehender Kaufähigkeit Angebot fester Speisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f.	bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Schluckstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Das Speisen- und Getränkeangebot soll altersgerecht, abwechslungsreich und vielseitig sein. Diätahrungen sind bei Bedarf anzubieten. Die Darreichungsform der Speisen und Getränke ist auf die Situation des Bewohners individuell abgestimmt und unterstützen den Bewohner in seiner Selbständigkeit

Küche und Heimmitarbeiter sollten über Vorlieben und individuelle Besonderheiten der Bewohner bei Speisen und Getränken informiert sein. Die Bewohner sollten ihre Mahlzeiten zu sich nehmen können, wo sie möchten (z.B. im Zimmer oder im Speisesaal). Die Bewohner sollten bei den Mahlzeiten Wahlmöglichkeiten haben.

Vermindertes Geruchs- und Geschmacksempfinden spielen eine Schlüsselrolle für mangelnden Appetit und unzureichende Nahrungsaufnahme. Es ist daher naheliegend, durch großzügige Zugabe von Gewürzen und Kräutern den Geschmack von Speisen und Gerichten zu intensivieren.

Eine ausführliche Informationssammlung ist Ausgangsvoraussetzung, um für Bewohner mit dementiellen Erkrankungen ein adäquates Speisenangebot vorzuhalten bzw. ihn zur Nahrungsaufnahme motivieren zu können.

Demenziell erkrankte Menschen können aufgrund eines verstärkten Bewegungsdranges einen erhöhten Flüssigkeits- und Kalorienbedarf haben, der beachtet werden muss. Menschen mit demenziellen Erkrankungen essen und trinken (vermindertes Durstgefühl) eher zu wenig. Biografische Kenntnisse über individuelle Gewohnheiten und Vorlieben beim Essen und Trinken sowie die Berücksichtigung veränderter Geschmacksvorlieben können dazu beitragen, dass der Bewohner ausreichend Nahrung und Flüssigkeit zu sich nimmt.

Bei Menschen mit demenziellen Erkrankungen kann es zu unterschiedlichen Problemen kommen:

- Bewohner kann Hunger- und Durstgefühl nicht mehr mitteilen
- Bewohner trinkt und isst aufgrund motorischer Unruhe nicht mehr ausreichend
- Hilfen bei der Nahrungsaufnahme werden vom Bewohner abgelehnt
- bei der Nahrungsaufnahme zeigen sich aufgrund kognitiver Beeinträchtigungen ungewöhnliche Verhaltensmuster.

Lehnt der Bewohner erforderliche Hilfestellungen bei der Nahrungsaufnahme ab, sollten die Gründe dafür herausgefunden werden. Maßnahmen zur Sicherstellung einer ausreichenden Ernährung und Flüssigkeitsversorgung können in diesen Fällen sein:

- Beobachten, wann der Bewohner Hunger und Durst hat (Magenknurren, leckt sich die Lippen, hat ausgetrocknete Lippen) und entsprechend zu Essen und zu Trinken anbieten.
- Erfassen, welche Mengen der Bewohner gegessen hat
- regelmäßige Gewichtskontrollen
- Einhalten regelmäßiger Mahlzeiten, Zusatzmahlzeiten nicht vergessen
- Bewohner mit motorischer Unruhe auch im Stehen essen lassen
- zum Essen durch den Einsatz von Gerüchen anregen
- unkonventionelles Essverhalten tolerieren (z.B. Essen mit den Fingern)
- Beobachten, ob es Anzeichen von Exsikkose und Unterernährung gibt (trockene Haut, verminderter Spannungszustand der Haut etc.)
- Anlegen eines Ein- und Ausführplans
- auch nachts häufig Getränke anbieten
- kalorienreiche Getränke anbieten
- manuelle personelle Hilfestellungen beim Essen und Trinken anbieten.

Literatur:

Supe V et al (2003): Handlungsempfehlungen für den Umgang mit demenziell erkrankten Bewohnern. Eine Arbeitshilfe für die stationäre Altenhilfe. Projekt Zukunftsfähigkeit der stationären Altenhilfeeinrichtungen, Münster.

Ernährungsphysiologischen Handlungsempfehlungen für Demenzkranke der Caritas - Betriebsführungs- und Trägergesellschaft mbH, Köln (Stand Oktober 2003).

Biedermann, M. (2000): Alles ist möglich, Altenpflege, 40.

Scottish Executive (o.J.): National Care Standards. Care homes for people with health problems. Standard No. 13 Eating well. O.O., 37-38.

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 16.12.2003, Ziffer 3.2.1.1

9.3 Übernehmen die Bewohner ihren Fähigkeiten entsprechend die mundgerechte Zubereitung der Nahrung?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

Bewohner sollen abhängig von ihren individuellen Fähigkeiten ihre Mahlzeiten selbst mundgerecht zubereiten, d.h. Brote oder Brötchen selbständig streichen, belegen, klein schneiden sowie Fleisch in mundgerechte Stücke schneiden. Eine routinemäßige mundgerechte Zubereitung trotz vorhandener Fähigkeiten des Bewohners oder eine ausschließliche Versorgung des Bewohners mit passierter Kost trotz vorhandener Kaufähigkeit entspricht nicht den Prinzipien der aktivierenden Pflege.

9.4 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

9.5 Findet eine angemessene Getränkeversorgung für die Bewohner zuzahlungsfrei statt?		ja	nein	E.
a. Bewohner über Angebot nachvollziehbar informiert		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Kaltgetränke unbegrenzt und jederzeit verfügbar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Warmgetränke unbegrenzt und jederzeit verfügbar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

„Die Verpflegung umfasst die im Rahmen einer ausgewogenen und pflegegerechten Ernährung notwendigen Getränke und Speisen.“ (§ 2 Rahmenvertragsempfehlung nach § 75 vollstationäre Pflege.)

Kaltgetränke und Warmgetränke stehen den Bewohnern jederzeit in unbegrenzter Menge zur Verfügung.

Die Bewohner werden durch die Pflegeeinrichtung nachvollziehbar (z.B. beim Einzug, im Heimvertrag) über das kostenneutrale Getränkeangebot informiert.

		ja	nein	t.n.z.	E.
9.6	Wird speziellen Erfordernissen der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr der Bewohner Rechnung getragen?				<input type="checkbox"/>
a.	<i>geeignete Regelungen zur Vermeidung von Mangelernährung und Exsikkose</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<i>mindestens drei Haupt- und zwei Zwischenmahlzeiten angeboten</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	<i>der Abstand zwischen der zuletzt für alle Bewohner angebotenen Mahlzeit am Abend und der ersten Mahlzeit am Morgen beträgt weniger als 12 Stunden</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	<i>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</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Große Essensportionen werden von älteren Menschen insbesondere bei Appetitlosigkeit nicht toleriert. Appetitlosigkeit ist einer der Hauptgründe für kleiner werdende Verzehrsmengen im Alter. Aus diesem Grunde sollte die Nahrungsmenge auf mehrere kleine Mahlzeiten über den ganzen Tag verteilt werden. Einer altersgerechten Ernährung entsprechen kleinere, häufigere und abwechslungsreiche Mahlzeiten (drei Haupt- und zwei bis drei Zwischenmahlzeiten). Grundsätzlich sollte der Abstand zwischen der letzten Mahlzeit am Abend und der ersten Mahlzeit am Morgen nicht mehr als 12 Stunden betragen. U.a. um Unruhezustände zu vermeiden, sollte bei Diabetikern oder Personen mit dementiellen Erkrankungen der Abstand nicht mehr als 10 Stunden betragen.

Vermindertes Geruchs- und Geschmacksempfinden spielen eine Schlüsselrolle für mangelnden Appetit und unzureichende Nahrungsaufnahme. Es ist daher naheliegend, durch großzügige Zugabe von Gewürzen und Kräutern den Geschmack von Speisen und Gerichten zu intensivieren.

Im Unterschied zu jüngeren Altersgruppen stellt bei älteren insbesondere institutionalisierten und hilfebedürftigen Menschen die Unterversorgung mit Energie, Nährstoffen und Flüssigkeit das Hauptproblem der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung dar. Immobilität aber auch dementielle Erkrankungen sind wesentliche Risikofaktoren für das Entstehen einer Mangelernährung und einer Dehydratation.

Für den Erfolg prophylaktischer und ernährungstherapeutischer Maßnahmen ist das frühzeitige Erkennen eines Ernährungsrisikos bzw. einer eingetretenen Unterernährung sowie einer Exsikkose besonders wichtig. So ist erwiesenermaßen ein eingetretener Verlust an Muskelmasse bei älteren Menschen im Verhältnis zu jüngeren Menschen ungleich schwerer zu beheben.

Aus diesem Grunde sollte die Pflegeeinrichtung zur Vermeidung von Unterernährung und Exsikkose über geeignete Regelungen verfügen. Das können sein:

- Regelung zur Gewichtsverlaufsmessungen (mindestens 1 mal pro Monat)
- Regelung zum Einsatz von Assessmentinstrumenten (z.B. Mini Nutritional Assessment) zur Erkennung drohender oder bestehender Mangelernährung und/oder die systematische Analyse des Ernährungsstatus im Rahmen der Pflegeanamnese/Informationssammlung
- Regelung zur Ermittlung des erforderlichen Energie- und Flüssigkeitsbedarfs bei gefährdeten Bewohnern (u.a. immobile oder dementiell erkrankte Bewohner)
- Regelung zur systematischen Planung und Überprüfung einer angemessenen Ernährung und Flüssigkeitsversorgung
- Regelung über sogenannte Cut-off-Punkte, bei denen bestimmte Maßnahmen (z.B. Information des Arztes), zwingend eingeleitet werden müssen (z.B. BMI von $< 18,5 \text{ kg/m}^2$, negative Flüssigkeitsbilanz über mehrere Tage)
- Regelung zur Ermittlung des (mutmaßlichen) Willens des Bewohners zur PEG-Anlage und künstlichen Ernährung.

Die orale Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme ist so lange wie möglich anzustreben. Wenn Menschen zur oralen Nahrungsaufnahme unfähig sind oder diese verweigern, müssen die möglichen physischen und psychischen Ursachen abgeklärt werden. Ablehnung von Nahrung kann auch ein Appell nach Zuwendung sein. Wenn keine ausreichende orale Nahrungsaufnahme mehr möglich ist, stellt sich die Frage einer künstlichen Ernährung. Sie stellt einen Eingriff in die Integrität eines Menschen dar. Das Für und Wider muss daher in jedem Einzelfall sorgfältig abgewogen werden. Das Handeln aller an der Versorgung Beteiligten muss dabei immer vom Willen des Betroffenen ausgehen. Die fachliche Entscheidung über die PEG-Anlage und die künstliche Ernährung ist eine ärztliche Aufgabe. Pflegekräfte sind jedoch häufig in ihrem Pflegealltag damit konfrontiert, dass sich die Frage nach einer PEG-Anlage stellt. Sie rufen einen Arzt, schalten einen Betreuer ein und sie erörtern die PEG-

Anlage mit den Angehörigen. Damit nehmen sie oft erheblichen Einfluss auf die Entscheidung zur Anlage einer PEG. Aus diesem Grunde sollte schon zu Beginn der Versorgung des Bewohners durch die Pflegeeinrichtung geklärt werden, welchen Wunsch er in Bezug auf die Anlage einer PEG-Sonde und die Durchführung einer künstlichen Ernährung hat.

Die künstliche Ernährung kann zur Sicherstellung der Ernährung, zur Verbesserung der Lebensqualität und zur Lebensverlängerung beitragen. Wenn ein Bewohner z.B. auf Grund eines Schlaganfalls nicht mehr schlucken kann, bietet die künstliche Ernährung auch vorübergehend die beste Möglichkeit zur Aufrechterhaltung eines bedarfsdeckenden Ernährungsstatus. Zudem ermöglicht sie die Medikamentenversorgung z.B. mit Tabletten. Wenn Menschen auf Grund eines fortgeschrittenen Hirnabbaus bei einer hochgradigen Demenz nicht mehr gut schlucken können, stellt sich die Situation oftmals anders dar. Es ist bei dementiell erkrankten Menschen nicht belegt, dass Sondenkost Aspirationspneumonien oder Dekubitalulzera verhindert, das Leben verlängert oder die Lebensqualität erhöht. Dies sollte bei der Entscheidung zu einer PEG-Anlage und zu einer künstlichen Ernährung berücksichtigt werden. Aus Gründen der Kosten-, Zeit und Personalsparnis darf niemals eine künstliche Ernährung initiiert und durchgeführt werden. Bei der künstlichen Ernährung ist bei Bedarf zu prüfen, ob eine teilweise oder vollständige orale Nahrungsaufnahme wieder erreicht werden kann.

Literatur:

Volkert D (1997): Ernährung im Alter. Wiesbaden.

Pientka L (2001): Stationäre Versorgung in geriatrischen Abteilungen: Konkurrenz zur Klinik Innere Medizin? Medizinische Klinik, 96, 50.

Meyer AK (2001): PEG: Immer ein Segen oder ärztlich erzwungene Lebensveränderung? Medizinische Klinik, 96, 50.

Rautenstrauch J (2001): Blaulichtmedizin bis zum Lebensende? MMW-Fortschr. Med, 42, 4-6.

Dharmaarajan, TS et al. (2001): Percutaneous endoscopic gastrostomy and outcome in dementia. American Journal of Gastroenterology, 96, 2556-2563.

Fischer A & Nekwasil S (2000): Aktuelle Meinung zur Sondenernährung bei Dementen. Geriatriejournal, 8, 17-20.

Finucane TE et al. (1999): Tube feeding in patients with advanced dementia. JAMA, 14, 1365-1370.

Finucane TE & Christmas C (2000): More caution about tube feeding. Jags, 48, 1167-1168.

Heseker H & Schmid A (2000): MNA – der Unterernährung auf die Spur kommen. Geriatrie Journal, 8, 19-22.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) (2000): Ernährungsbericht 2000. Frankfurt am Main.

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 16.12.2003, Ziffer 3.2.1.1

10. Soziale Betreuung

	ja	nein	E.
10.1 Werden Leistungen der sozialen Betreuung angeboten?			<input type="checkbox"/>
a. <i>Gruppenangebote</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. <i>Einzelangebote</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. <i>jahreszeitliche Feste</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. <i>Aktivitäten zur Kontaktaufnahme/Kontaktpflege mit dem örtlichen Gemeinwesen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. <i>Maßnahmen zur Kontaktpflege zu den Angehörigen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Gruppenangebote sind besonders geeignet, den Heimbewohnern Anreize für abwechslungsreiche Aktivitäten zu geben, Vereinsamung zu begegnen und die Gemeinschaft zu fördern.

Einzelangebote richten sich an Bewohner, die aufgrund kognitiver Defizite, Einschränkungen in der Mobilität oder anderer Handicaps nicht an Gruppenangeboten teilnehmen können. Diese Angebote erschöpfen sich nicht in der Berücksichtigung persönlicher Gedenktage und der Unterstützung bei persönlichen Anliegen.

Zu den Angeboten der sozialen Betreuung sind neben den oben genannten auch jahreszeitliche Feste zu zählen, die der Kommunikation, der Beschäftigung sowie der Orientierung dienen und die Gemeinschaft fördern.

Literatur:

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 16.12.2003, Ziffer 1.1 und Ziffer 3.3

10.2 Sind die Angebote der sozialen Betreuung auf die Struktur und Bedürfnisse der Bewohner ausgerichtet?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

Die Angebote der stationären Pflegeeinrichtung sollen insbesondere auch auf immobile Bewohner und Personen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen (z.B. Demenz) ausgerichtet sein. U.a. bei Bewohnern mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen sind Angebote zur Tagesstrukturierung notwendig. Bei einem pflegfachlichen Schwerpunkt ist dieser bei den Angeboten der sozialen Betreuung zu berücksichtigen. Bei Planung und Durchführung der Angebote der sozialen Betreuung werden Wünsche, Bedürfnisse und Fähigkeiten der Bewohner unter Einbezug biographischer Daten berücksichtigt.

10.3 Wird die soziale Betreuung durch festangestellte Mitarbeiter koordiniert?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

Es reicht nicht aus, wenn Leistungen der sozialen Betreuung ausschließlich durch ehrenamtliche Mitarbeiter angeboten werden.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn mindestens die Koordination der sozialen Betreuung durch festangestellte Mitarbeiter erfolgt.

10.4 Besitzt der für die Betreuung der gerontopsychiatrisch beeinträchtigten Bewohner zuständige Mitarbeiter spezielle Kenntnisse (Fort- und/oder Weiterbildung)? Wenn ja welche?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

z.B. in Validation, Biographie- und Erinnerungsarbeit

Die Frage ist mit t.n.z. zu beantworten, wenn in der Pflegeeinrichtung keine Bewohner mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen leben.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn die betreffenden Mitarbeiter über eine fachspezifische Ausbildung verfügen oder entsprechende Schulungsmaßnahmen nachweisen können.

10.5 Ist das Angebot an sozialer Betreuung ausreichend?	ja	nein	E.
a. Angebot nahezu täglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Angebot zu unterschiedlichen Tageszeiten (z.B. Montag vormittags, Dienstag nachmittags)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. für Bewohner mit vollständiger Immobilität nahezu tägliches Angebot zur Tagesstrukturierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. für Bewohner mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen (z.B. Demenz, Depression) nahezu tägliches Angebot zur Tagesstrukturierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Für Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen haben Angebote der sozialen Betreuung für die Lebensqualität einen ebenso großen Stellenwert wie pflegerische Leistungen. Die Angebote der sozialen Betreuung müssen auf die Bewohnerstruktur ausgerichtet sein und damit auch z.B. für Bewohner mit Demenz geeignet sein. Da die Demenz ein fortschreitender Prozess ist, verändern sich die kognitiven Möglichkeiten der Betroffenen ständig. Betreuungsangebote müssen daher angepasst werden, um den Möglichkeiten des Bewohners zu entsprechen. So ist kognitives Training am Beginn der demenziellen Erkrankung sinnvoll und hilfreich, bei fortschreitender Demenz bedeutet dieses Angebot aber eine Überforderung für den Betroffenen. So lange als möglich sollten durch geeignete Angebote die Mobilität erhalten und gefördert werden. Bei mittlerer oder schwerer Demenz müssen

zunehmend Verfahren und Konzepte zum Einsatz kommen, die sich auf die noch vorhandenen basalen Kompetenzen beziehen. Dies sind Angebote, die z.B. auf den Ansätzen der Basalen Stimulation aufbauen.

Leistungen der sozialen Betreuung sollten zu unterschiedlichen Tageszeiten an mehreren Tagen in der Woche angeboten werden. Für Bewohner mit bestimmten Beeinträchtigungen, insbesondere für Bewohner mit vollständiger Immobilität oder Bewohner mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen (u.a. Demenz, Depression, paranoide Syndrome, Alkoholkrankheit) ist ein nahezu tägliches Angebot zur Tagesstrukturierung erforderlich.

Literatur:

Brüggemann J, Kutschke A (2005): Das Problemfeld Demenz in der stationären Pflege. Die Schwester Der Pfleger, 1, 34-39.

DGGPP (2000): Position der DGGPP zur Anfrage des Sachverständigenrates an die Medizinischen Fachgesellschaften vom 03.04.2000. O.O.

Stoppe G, Stiens G, Maeck L (2001): Gerontopsychiatrie – wozu? Niedersächsisches Ärzteblatt, 8.

Hirsch RD (1997): Gesundheitspolitische Aspekte der Gerontopsychiatrie. Psycho, 23, Sonderheft 1/97, 14–24.

10.6 Werden diese Angebote den Bewohnern in geeigneter Weise zur Kenntnis gebracht?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

Die Form der Information ist individuell auf den Bewohner abzustimmen. Geeignete Formen sind u.a. Aushang, persönliche Information, Hauszeitung, sonstige Informationssysteme.

10.7 Wird Beratung angeboten?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

Die Beratung kann z.B. erfolgen zu Prävention und Gesundheitsvorsorge, Pflege-techniken/-maßnahmen, Pflegehilfsmitteln/Hilfsmitteln, Rehabilitation, persönlichen Angelegenheiten und Behördenkontakten, Heimaufnahme.

Die Beratung kann in Form von Sozialberatung, regelmäßigen Sprechstunden, festen Ansprechpartnern, Informationsgesprächen angeboten werden.

Literatur.

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 16.12.2003, Ziffer 3.1.1.2

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschl. des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen in der teilstationären Pflege von 1996, Ziffer 3.2.5 und in der Kurzzeitpflege von 1995, Ziffer 3.2.5

Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Prüfung beim Bewohner (Prozess- und Ergebnisqualität)

11. Allgemeine Angaben

11.1 Auftragsnummer:				
Datum		Uhrzeit		Nummer Erhebungsbogen

Die Auftragsnummer aus dem Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität in der Pflegeeinrichtung ist hier ebenfalls anzugeben. Bei der Prüfung sind unter „Nummer Erhebungsbogen“ den Bewohnern Nummern zuzuordnen, die bei der Erstellung anonymisierter Prüfberichte zu verwenden sind.

11.2 Angaben zum Bewohner					ja nein
a.	<i>Name</i>				
b.	<i>Pflegekasse</i>				
c.	<i>Pflege-/Wohnbereich</i>				
d.	<i>Geburtsdatum</i>				
e.	<i>Einzugsdatum</i>				
f.	<i>Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung</i>				
g.	<i>Pflegestufe</i>				
	<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.	<i>Ist der Bewohner mit der Befragung/Feststellung des Pflegezustandes einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)</i>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
i.	<i>Vorhandene Unterlagen</i>				

Soweit ein Pflegebedürftiger zum Zweck einer Prüfung nach § 114 SGB XI in einem ambulanten Pflegedienst oder in einer stationären Pflegeeinrichtung die Zustimmung zur Teilnahme an der Prüfung nicht selbst erteilen kann, darf sie nur durch eine vertretungsberechtigte Person oder einen bestellten Betreuer ersetzt werden (vgl. sinngemäß § 114 Abs. 5 SGB XI).

Das Einverständnis des Bewohners zur Befragung sowie zur körperlichen Inaugenscheinnahme muss im Vorfeld geklärt werden. Bewohner sind nur dann zu befragen und in Augenschein zu nehmen, wenn das entsprechende Einverständnis vorliegt.

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

12. Bewohnerzufriedenheit

Wenn der Bewohner nicht auskunftsfähig ist weiter mit 13

Wenn der Bewohner sich bei einzelnen Fragen nicht vollständig zufrieden äußert, kann dies im Freitext erläutert werden.

12.1 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"/>

12.2 Lassen sich die Pflegenden genügend Zeit während der Pflegemaßnahmen?	immer	häufig	geleg.	nie	k.A.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12.3 Werden Sie von den Mitarbeitern der Pflegeeinrichtung unterstützt/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"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn beim Waschen Leistungen durch die Pflegeeinrichtung erbracht werden (festzustellen anhand der Pflegedokumentation und der dokumentierten Leistungen) und der Bewohner aus Sicht des Gutachters Selbstheilpotential für das Waschen hat, ist zu überprüfen, ob der Bewohner unterstützt/motiviert wird, sich teilweise oder ganz selber zu waschen.

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

12.5 Entspricht die Speisenversorgung in der Einrichtung Ihren individuellen Bedürfnissen?	immer	häufig	geleg.	nie	k.A.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Frage bezieht sich darauf, ob:

- Beim Mittagessen Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Gerichten bestehen,
- Mittagsmahlzeiten ausreichend warm sind,
- das Essen schmeckt,
- die Mahlzeiten ausreichend sind,
- dem Bewohner in geeigneter Darreichungsform Obst und Gemüse zur Verfügung gestellt wird,
- die Uhrzeiten der Mahlzeiten den individuellen Bedürfnissen des Bewohners entsprechen
- ausreichend Zeit besteht, die Mahlzeiten einzunehmen
- die Möglichkeit besteht, den Ort der Nahrungsaufnahme (Speiseraum, eigenes Zimmer etc.) frei zu wählen.

12.6 Können Sie beim Mittagessen zwischen verschiedenen Gerichten auswählen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	tnz <input type="checkbox"/>	k.A. <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

12.7 Zu welchen Zeiten werden Ihnen folgende Mahlzeiten angeboten?								tnz <input type="checkbox"/>	k.A. <input type="checkbox"/>
Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Spätmahlzeit			
ab	bis	ab	bis	ab	bis	ab	bis		

Eine Empfehlung kann sich dann ergeben, wenn der Zeitraum zwischen dem Abendessen bzw. der Spätmahlzeit und dem Frühstück mehr als 12 Stunden (bei Diabetikern und Bewohner mit demenziellen Erkrankungen mehr als 10 Stunden) beträgt.

12.8 Sind Sie mit den Essenszeiten zufrieden?	immer <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	geleg. <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	tnz <input type="checkbox"/>	k.A. <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

12.9 Bekommen Sie Ihrer Meinung nach jederzeit ausreichend zuzahlungsfrei zu trinken angeboten?	immer <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	geleg. <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	tnz <input type="checkbox"/>	k.A. <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

Die Verpflegung umfasst die im Rahmen einer ausgewogenen und pflegegerechten Ernährung notwendigen Getränke und Speisen. (vgl. § 2 Satz 2 Rahmenvertragsempfehlung gemäß § 75 SGB XI stationäre Pflege)

12.10 Entsprechen die Angebote der Einrichtung zur Unterhaltung und Beschäftigung Ihren individuellen Interessen?	immer <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	geleg. <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	tnz <input type="checkbox"/>	k.A. <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

12.11 Wird Ihnen die Teilnahme an Beschäftigungsangeboten ermöglicht?	immer <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	geleg. <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	tnz <input type="checkbox"/>	k.A. <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

Die Frage bezieht sich darauf, ob dem Pflegebedürftigen in ausreichendem Maße Hilfen angeboten werden, um an den Beschäftigungsangeboten teilzunehmen. Dies können z.B. Organisation und Durchführung von Fahrdiensten, die Organisation von Betreuungsangeboten in den jeweiligen Wohnbereichen, oder die Bereitstellung von Hilfsmitteln und personellen Ressourcen zur Erleichterung der Teilnahme und/oder das Angebot von Ersatzangeboten sein.

12.12 Werden Ihnen Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien angeboten?	immer <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	geleg. <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	tnz <input type="checkbox"/>	k.A. <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

12.13 Wie lange dauert es, wenn Sie klingeln, bis eine Pflegekraft zu Ihnen kommt?				tnz <input type="checkbox"/>	k.A. <input type="checkbox"/>
a.	am Tag	Ca.		Min.	
b.	in der Nacht	Ca.		Min.	

Wenn der Bewohner klingelt, muss immer davon ausgegangen werden, dass er sich in einer Notlage befindet. Daher sollte es in aller Regel nicht länger als fünf Minuten dauern, bis eine Pflegekraft zum Bewohner kommt, um nachzusehen, warum der Bewohner sich gemeldet hat. Bei Bewohnern, die in der Lage sind ihr Anliegen

verbal zu äußern, reicht es auch aus, wenn innerhalb von fünf Minuten über eine vorhandene Gegensprechanlage der Bewohner nach seinem Anliegen befragt wird.

Bei der Bewertung dieser Frage ist anzugeben, ob die befragten Bewohner länger als fünf Minuten auf eine Reaktion durch Pflegekräfte warten müssen. Dabei ist von besonderem Interesse, ob ggf. bei den Wartezeiten ein Unterschied zwischen Tag und Nacht besteht.

	immer	häufig	geleg.	nie	tnz	k.A.
12.14 Ist der Zeitraum zwischen Klingeln und Erscheinen der Pflegekraft für Sie angemessen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	immer	häufig	geleg.	nie	tnz	k.A.
12.15 Können Sie jederzeit Besuch empfangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ggf. ist zur Prüfung dieser Frage die Einsicht in vorhandene Dokumente sinnvoll.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn Bewohner rund um die Uhr besucht werden können.

Literatur:

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 16.12.2003, Ziffer 1.1

	immer	häufig	geleg.	nie		k.A.
12.16 Entspricht die Hausreinigung Ihren Erwartungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

	immer	häufig	geleg.	nie	tnz	k.A.
12.17 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"/>

	ja		nein		k.A.
12.18 Haben Sie sich schon mal beschwert?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Wenn ja: Worüber?					

Gründe für Beschwerden können z.B. sein:

- unfreundliches oder häufig wechselndes Personal,
- Unpünktlichkeit,
- Unzuverlässigkeit,
- unvollständige Leistungserbringung,
- unangemessenes Tempo der Mitarbeiter bei der Leistungserbringung,
- Mitarbeiter sprechen zu schnell oder unverständlich,
- Unverständlichkeit der Rechnungen.

	ja		nein	tnz	k.A.
12.19 Hat sich nach der Beschwerde etwas zum Positiven verändert?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja		nein		k.A.
12.20 Haben Sie noch Wünsche zur Betreuung durch die Pflegeeinrichtung?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

13. Ist-Erhebung der Pflegesituation unter Berücksichtigung der aktuellen Pflegedokumentation

Pflegerelevante Beobachtungen dienen ausschließlich der Ist-Erhebung. Eine Bewertung ist an dieser Stelle nicht vorgesehen. Die Angaben dienen als Hintergrundinformationen und Auswahlkriterien für Fragen aus den folgenden Kapiteln.

Vor der Inaugenscheinnahme ist eine erste Sichtung der Pflegedokumentation sinnvoll, um mögliche Hinweise über bestehende Pflegeprobleme zu erhalten. Anschließend erfolgt ein Besuch beim Bewohner mit Gespräch und Erhebung des Pflegezustandes. Erst nach dem der Prüfer sich ein eigenes Bild vom Bewohner machen konnte, ist die Beurteilung der Pflegedokumentation möglich.

13.1	Bewohner angetroffen					
a.	<input type="checkbox"/>	<i>liegend</i>	<input type="checkbox"/>	<i>sitzend</i>	<input type="checkbox"/>	<i>stehend</i>
b.	<input type="checkbox"/>	<i>Tageskleidung</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Nachtwäsche</i>		
c.	<input type="checkbox"/>	<i>freiheitsentziehende Maßnahmen</i>				

Beispiele für freiheitsentziehende Maßnahmen sind:

- Anlegen von Hand- bzw. Fußfixierungen
- Anlegen von Bauchgurten, wenn keine Möglichkeit für den Bewohner besteht, diese selbst zu lösen oder lösen zu lassen
- Fixieren von Pflegehemden
- Aufstellen von Bettgittern
- Sicherheitsgurt am Stuhl, wenn keine Möglichkeit für den Bewohner besteht, diese selbst zu lösen oder lösen zu lassen
- Abschließen des Zimmers oder des Wohn- bzw. Pflegebereiches
- Täuschung über die Verriegelung (Tür angeblich abgeschlossen)
- Verwendung von Trickschlössern
- Ausübung psychischen Drucks
- Wegnahme von Schuhen und Kleidung
- Psychopharmakagabe ohne oder gegen den Willen des Bewohners.

Hierbei ist auch anzugeben, ob Anzeichen für durchgeführte freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Druckmarken an Hand- und Fußgelenken) vorliegen.

Literatur:

Klie, T (1996): Lehrbuch Altenpflege. Rechtskunde. Das Recht der Pflege alter Menschen. Hannover.

Klie T; Pfundstein T, Stoffer F J (Hrsg.) (2005): Pflege ohne Gewalt. Freiheitsentziehende Maßnahmen in Pflegeheimen. Entwicklung von Prävention und Handlungsstrategien. KDA, Vorge stellt 72, Köln.

13.2 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung	
a. <i>Aktuelles Gewicht</i>	kg
b. <i>Aktuelle Größe</i>	cm
c. <i>BMI (kg/m²)</i>	
d. <i>Ernährungszustand</i>	<input type="checkbox"/> <i>übergewichtig</i> <input type="checkbox"/> <i>gut</i> <input type="checkbox"/> <i>Risikobereich zum Untergewicht</i> <input type="checkbox"/> <i>untergewichtig</i>
e. <i>Flüssigkeitsversorgung</i>	<input type="checkbox"/> <i>unauffällig</i> <input type="checkbox"/> <i>konzentrierter Urin</i> <input type="checkbox"/> <i>trockene Schleimhäute</i> <input type="checkbox"/> <i>stehende Hautfalten</i> <input type="checkbox"/> <i>kein Speichelsee unter Zunge</i>

Regelmäßige Gewichtsbestimmungen und eine genaue Dokumentation sind im Hinblick auf das rechtzeitige Erkennen einer sich entwickelnden Mangelernährung erforderlich. Bei den Gewichtsangaben ist zu überprüfen, ob die Angaben in der Pflegedokumentation mit der Schätzung des Prüfers übereinstimmen und ob die Angaben plausibel sind. Weiterhin ist relevant, ob die letzte Gewichtsangabe in der Pflegedokumentation aktuell ist. Aus diesem Grund ist bei der Gewichtsangabe anhand der Pflegedokumentation das Datum mit anzugeben. Aktuelle Gewichtsangaben sind nicht älter als 4 Wochen.

Der Bodymaß-Index (BMI = Körpergewicht in kg/Körpergröße in m²) berücksichtigt bei der Beurteilung des Körpergewichts die Körpergröße. Bei abnehmender Körpergröße im Alter und gleichbleibendem oder zunehmendem Körpergewicht steigt der BMI. Die Berechnung des BMI ist bei Amputationen nicht möglich.

Für den BMI wurden vom National Research Council (USA) Normwerte veröffentlicht, die das Lebensalter berücksichtigen. Aufgrund der alterstypischen Veränderungen von Körpergröße und -gewicht werden mit zunehmendem Alter höhere BMI-Werte als wünschenswert angesehen. Wünschenswerte BMI-Werte in Abhängigkeit zum Alter sind:

Wünschenswerte BMI-Werte	
Alter	BMI
55-64 Jahre	23-28 kg/m ²
≥ 65 Jahre	24-29 kg/m ²

In verschiedenen Zusammenhängen wird als „Cut off Point“ (Punktwert, der zwischen negativem und positivem Testergebnis trennt) für eine bestehende Unterernährung ein BMI von < 18,5 kg/m² angegeben. Ein erhöhtes Risiko für Ernährungsstörungen besteht für ältere Menschen (> 65 Jahre) bereits ab einem BMI-Cut off Point < 24 kg/m².

Der BMI ist auf der Basis der Angaben in der Pflegedokumentation zu berechnen bzw. der Pflegedokumentation zu entnehmen.

Die Angaben zum Ernährungszustand im Erhebungsbogen bedeuten:

Übergewichtig	BMI	> 29 kg/m ² (bei ≥ 65 Jahre)
Gut	BMI	24-29 kg/m ² (bei ≥ 65 Jahre)
Risikobereich	BMI	< 24 kg/m ² bis > 18,5 kg/m ²
Untergewichtig	BMI	< 18,5 kg/m ²

Ist der Pflegedokumentation kein Gewicht und keine Körpergröße zu entnehmen, hat der Gutachter den Ernährungszustand zu schätzen.

Bei den Angaben zur Flüssigkeitsversorgung handelt es sich um Anzeichen, die auf eine Exsikkose hinweisen können, es handelt sich nicht um sichere Exsikkosezeichen.

Literatur:

Beck AM & Ovesen L (1998): At which body mass index and degree of weight loss should hospitalized elderly patients be considered at nutritional risk? *Clinical Nutrition*, 17, 195-198.

MDS (2003): Grundsatzstellungnahme Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen. Essen.

Pirlich M et al. (2003): DGEM-Leitlinie Enterale Ernährung: Ernährungsstatus. *Aktuelle Ernährungsmedizin*, Supplement 1, 28, 2-16.

Volkert D (1997): Ernährung im Alter. Wiesbaden.

13.3 Der Bewohner ist versorgt mit:			
		Beschreibung	
a.	<input type="checkbox"/> Magensonde	<input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung	
	<input type="checkbox"/> PEG-Sonde	<input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung	
	<input type="checkbox"/> PEJ-Sonde	<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	
		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"/> Tracheostoma		
e.	<input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter	(Zustand Katheter, Eintrittsstelle, Verband)	
f.	<input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter		
g.	<input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten	<input type="checkbox"/> offen	<input type="checkbox"/> geschlossen
h.	<input type="checkbox"/> Anus praeter		
i.	<input type="checkbox"/> Prothesen		
j.	<input type="checkbox"/> Hilfsmitteln		
k.	<input type="checkbox"/> Sonstigem		

l.n.z.

13.4 Orientierung und Kommunikation		ja	nein
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"/>

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

Einschränkungen in der Bewegungsfähigkeit und die ggf. notwendigen Hilfen sind zu beschreiben (mit Hilfsmitteln, personeller Hilfe oder unselbständig)

13.6 Sturzrisiko		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<i>Von:</i> <i>Gutachter beurteilt</i> <input type="checkbox"/> <i>Einrichtung übernommen</i> <input type="checkbox"/>			

Verschiedene Faktoren die das Sturzrisiko erhöhen, konnten wissenschaftlich identifiziert werden. Ebenso ist nachgewiesen, dass mit der Anzahl der vorliegenden Faktoren das Sturzrisiko deutlich steigt. Bei den Risikofaktoren kann unterschieden werden zwischen den Faktoren, die die sturzgefährdete Person mit sich bringt (intrinsische Faktoren) und solchen Faktoren, die von außen auf die Person einwirken (extrinsische Faktoren):

- Intrinsische Faktoren:
- Funktionseinbußen und Funktionsbeeinträchtigungen
 - Probleme mit der Körperbalance/dem Gleichgewicht
 - Gangveränderungen/ingeschränkte Bewegungsfähigkeit
 - Erkrankungen, die mit veränderter Mobilität, Motorik und Sensibilität einhergehen (z.B. Multiple Sklerose, Parkinson, Apoplex, Polyneuropathie, Osteoarthritis, Krebserkrankungen)
 - Sehbeeinträchtigungen
 - reduzierte Kontrastwahrnehmung
 - reduzierte Sehschärfe
 - ungeeignete Brillen
 - Beeinträchtigung der Kognition und Stimmung
 - Demenz
 - Depression
 - Delir
 - Erkrankungen, die zu kurzzeitiger Ohnmacht führen
 - Hypoglykämie
 - Haltungsbedingte Hypotension
 - Herzrhythmusstörungen
 - Transitorisch ischämische Attacke
 - Epilepsie
 - Inkontinenz
 - Dranginkontinenz
 - Probleme beim Toilettengang
 - Angst vor Stürzen/Sturzvorgeschichte.

- Extrinsische Faktoren:
- Verwendung von Hilfsmitteln
 - Schuhe (Kleidung)
 - Medikamente
 - Psychopharmaka
 - Antidepressiva
 - Neuroleptika
 - Sedativa/Hypnotika
 - Benzodiazepine
 - Umgebungsgefahren innerhalb von Räumen und Gebäuden
 - schlechte Beleuchtung
 - steile Treppen
 - mangelnde Haltemöglichkeiten
 - glatte Böden
 - Stolpergefahren (Teppichkanten, herumliegende Gegenstände, Haustiere)
 - Umgebungsgefahren außerhalb von Räumen und Gebäuden
 - unebene Gehwege und Straßen
 - mangelnde Sicherheitsausstattung (z.B. Haltemöglichkeiten, Beleuchtung)
 - Wetterverhältnisse.

Im Rahmen der Prüfung ist insbesondere von einem erhöhten Sturzrisiko auszugehen, wenn:

- der Pflegebedürftige im letzten halben Jahr einmal gestürzt ist oder
- wenn die Faktoren Inkontinenz, eingeschränkte Sehfähigkeit und Einschränkung des Kurzzeitgedächtnisses gemeinsam vorliegen.

Ein geringeres Sturzrisiko liegt vor, wenn:

- einer der intrinsischen Faktoren isoliert zutrifft oder
- die bei den extrinsischen Faktoren genannten Medikamente regelmäßig eingesetzt werden.

Literatur:

Becker C, Lindemann U, Rissmann U (2003): Sturzprophylaxe, Sturzgefährdung und Sturzverhütung in Heimen. Hannover.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2004): Arbeitstexte zur 4. Konsensuskonferenz in der Pflege. Thema: Sturzprophylaxe. Osnabrück.

BGH-Urteil vom 28.04.2005-III ZR 399/04.

13.7 Hat der Bewohner chronische Schmerzen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	k.A. <input type="checkbox"/>
Wenn ja: Erhält der Pflegebedürftige Schmerzmedikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Es ist zu überprüfen, ob beim Bewohner Schmerzzustände (insbesondere chronisch) bestehen. Sofern vorliegende Schmerzen nicht aus der Pflegedokumentation ersichtlich sind, soll dies im Gespräch mit dem Bewohner ggf. unter zu Hilfenahme der numerischen Rangskala oder der Wong-Baker-Scale ermittelt werden.

Wenn die Frage nicht beantwortet werden kann, ist die Frage mit „k.A.“ zu beantworten.

Literatur:

Menche N (Hrsg.) (2004): Pflege Heute, München.

Wong D, Hockenberry-Eaton M, Wilson D, Winkelstein M, Schwartz P (2001): Wong's essentials of Pediatric Nursing. St. Louis.

13.8 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	

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

13.10 Hautzustand	
	Beschreibung
a. <input type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)
b. <input type="checkbox"/> trocken/schuppig	
c. <input type="checkbox"/> Hautturgor gespannt	
d. <input type="checkbox"/> Hautturgor schlaff	
e. <input type="checkbox"/> Ödeme	
f. <input type="checkbox"/> Hämatome	
g. <input type="checkbox"/> Sonstiges	

13.11 Dekubitusrisiko		ja	nein
Punkte _____	nach:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Norton	<input type="checkbox"/>	
	Braden	<input type="checkbox"/>	
	Sonstige	<input type="checkbox"/>	
	Von:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gutachter erhoben	<input type="checkbox"/>	
	Einrichtung übernommen	<input type="checkbox"/>	

Liegt keine Einschätzung von der Pflegeeinrichtung vor, wird empfohlen, vom Prüfer die Bradenskala anzuwenden.

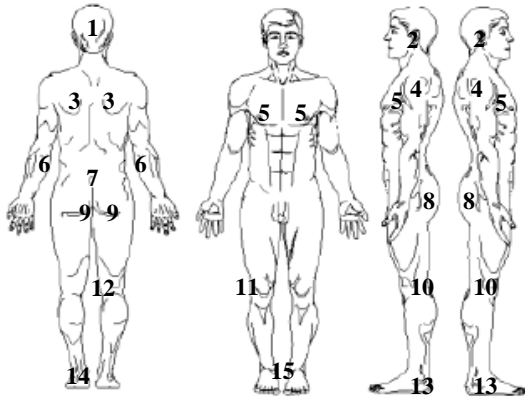
Literatur:

Deutsches Netzwerk zur Qualitätsentwicklung in der Pflege (2002): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe. Osnabrück.

MDS (2001): Grundsatzstellungnahme Dekubitus. Essen.

13.12 Beschreibung vorliegender Wunden

t.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 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 (siehe Legende)	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 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 (siehe Legende)	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"/>			

Stadium I: Persistierende Hautrötung bei intakter Haut

Stadium II: Teilverlust der Haut, Blase, Hautabschürfung, oberflächliches Geschwür

Stadium III: Verlust aller Hautschichten und Schädigung des subkutanen Gewebes, tiefes Geschwür

Stadium IV: zusätzliche Zerstörung, Gewebenekrose oder Schädigung von Muskel, Knochen oder unterstützenden Strukturen

Literatur:

Kuratorium Deutsche Altershilfe (2002): Wund-Dokumentationsbogen. Köln.

13.13	Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente)	l.n.z. <input type="checkbox"/>
a.	Wunde 1	
b.	Wunde 2	
c.	Wunde 3	

Umsetzung des Pflegeprozesses und Pflegedokumentation

14.

Die Pflegedokumentation soll ein individuelles Bild des Bewohners widerspiegeln. Angaben von Angehörigen sind einzubeziehen. Alle Eintragungen in der Pflegedokumentation sind mit Handzeichen und Datum zu versehen.

14.1	Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Gespräch vor oder beim Einzug durchgeführt wurde?	ja	nein	l.n.z.	E.
a.	Gespräch geführt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	durch PFK (ggf. Heim- oder Pflegedienstleitung, Sozialer Dienst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Das Erstgespräch bietet neben einer ersten Einschätzung des Pflegebedarfes die Möglichkeit, vorhandene Erwartungen, Bedürfnisse, Wünsche, Gewohnheiten Fähigkeiten und Ressourcen abzuklären. Gerade das Abklären von Leistungen und gegenseitigen Erwartungen kann von Anfang an Missverständnissen zwischen Pflegebedürftigen und Angehörigen sowie Pflegekräften vorbeugen.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn ein Gespräch vor oder beim Einzug in der Pflegedokumentation dokumentiert wurde und dieses von einer Pflegefachkraft (ggf. Heim- oder Pflegedienstleitung, Mitarbeiter sozialer Dienst) geführt wurde.

Trifft nicht zu ist anzukreuzen, wenn:

- aus der Pflegedokumentation ersichtlich ist, dass ein Gespräch mit dem Bewohner auf Grund kognitiver Defizite nicht geführt und die Informationen über Dritte nicht erhoben werden konnten oder
- der Bewohner bereits seit mehr als 2 Jahren in der Pflegeeinrichtung lebt.

Literatur:

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 16.12.2003, Ziffer 3.1.1.3

14.2 Wurden alle Stammdaten in der Pflegedokumentation erfasst?		ja	nein	E.
a.	Angaben zur Person und ggf. Konfession	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Versicherungsdaten, Kostenübernahmeregelungen, Pflegestufe nach SGB XI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	Datum des Einzugs, ggf. Umzugs im Haus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	pflegebegründende Diagnosen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e.	Information zu Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f.	Kostform	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g.	Medizinische/therapeutische Versorgungssituation (Hausarzt, Rehabilitation, Krankenhausaufenthalte etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h.	soziale Versorgungssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i.	Information zu Patientenverfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Zur medizinisch/therapeutischen Versorgungssituation zählen u.a.:

- Haus- und ggf. Fachärzte
- Krankengymnastik, Ergotherapie
- Versorgung mit Hilfsmitteln, Schrittmacher
- Rehabilitationen
- Krankenhausaufenthalte.

Zur sozialen Versorgungssituation zählen u.a. z.B.:

- Bezugsperson
- Vollmachten
- ggf. gesetzlicher Betreuer mit Wirkungskreis, ggf. Seelsorger.

Das Stamblatt muss der aktuellen Situation entsprechen.

Zu den aufgeführten Spiegelstrichen muss immer eine Aussage in der Pflegedokumentation vorhanden sein, damit das Kriterium mit ja beantwortet werden kann. Mit nein muss geantwortet werden, wenn eine Information fehlt (z.B. auch die Aussage, dass keine Allergie oder dass keine Patientenverfügung vorliegt).

14.3 Ist eine Pflegeanamnese/Informationssammlung erstellt worden?		ja	nein	E.
a.	pflegerelevante Vorgeschichte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	persönliche Pflegegewohnheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	Bedürfnisse/Wünsche/Abneigungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	aktuelle Ressourcen/Fähigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e.	aktuelle Probleme/Defizite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f.	durch PFK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Die systematische Durchführung der Pflege nach dem Prinzip der aktivierenden Pflege ist nur möglich auf der Basis einer Sammlung von Informationen über die Bedürfnisse, Ressourcen/Fähigkeiten (Selbstpflege- und Selbsthilfefähigkeit) sowie Probleme/Defizite (eingeschränkte Unabhängigkeit in einer Lebensaktivität). Diese Informationen sind im Gespräch mit den Bewohnern/Angehörigen im Rahmen des Erstgesprächs und nachfolgenden Gesprächen in der Pflegeanamnese/Informationssammlung zu erheben. Die ausführliche Beschreibung von Pflegeproblemen könnte auch separat zur Informationssammlung ggf. unter Einbeziehung von Einschätzungsskalen (z.B. Dekubitusrisikoskala) erfolgen. Als pragmatische Orientierungs- und Gliederungshilfe können Pflegemodelle (z.B. AEDL/Krohwinkel, ATL/Juchli, LA/Roper usw.) oder Assessmentverfahren (z.B. RAI) genutzt werden. Für die Erstellung der Pflegeplanung ist es von Bedeutung, die erhobenen Informationen in einen Zusammenhang zu bringen. Die unterschiedlichen Pflegeprobleme werden in der Planungsphase nach Prioritäten geordnet im Zusammenhang mit den Fähigkeiten und Ressourcen des Pflegebedürftigen, die für die Problemlösung hilfreich sind. Dabei stehen folgende Fragen im Vordergrund:

1. Was kann der Pflegebedürftige selbst tun?
2. Was möchte der Pflegebedürftige tun?
3. Was können andere für ihn tun?

Literatur:

Arets J, Obex F, Vaessen J, Wagner F (1996): Professionelle Pflege. Theoretische und praktische Grundlagen. Bocholt, 273 ff.

Sowinski C, Kämmer K (1995): Pflegeplanung und Pflegedokumentation In: Büse F et. al. (Hrsg.): Heim aktuell. Leitungshandbuch für Altenhilfeeinrichtungen. Hannover.

MDS (2005): Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Professionalisierung und Qualität in der Pflege. Essen.

14.4 Enthält die Pflegeanamnese/Informationssammlung Angaben zur Biografie?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

Die Vergangenheit ist für das Verstehen des Bewohners in der aktuellen Pflege- und Betreuungssituation sowohl essentieller Bestandteil bei der Begleitung von Menschen auf längere Zeit als auch bei Personen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen. Die Kenntnis der Vergangenheit sowie der regionalen Herkunft des Bewohners ermöglichen ein besseres Verständnis für individuelle Gewohnheiten, Traditionen sowie Werte und sind somit relevant bei der Planung von Pflegemaßnahmen.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- in einem gesonderten Dokumentationsblatt zur Biografie oder an anderer Stelle in der Pflegedokumentation biografische Daten des Bewohners dokumentiert sind oder
- biografische Angaben nicht ermittelt werden konnten und dies nachvollziehbar in der Pflegedokumentation begründet ist.

Literatur:

Sowinski C, Kämmer K (1995): Pflegeplanung und Pflegedokumentation In: Büse F, Eschemann R, Kämmer K u.a. (Hrsg.): Heim aktuell. Leitungshandbuch für Altenhilfeeinrichtungen. Hannover, 17 b ff.

Maciejewski B, Sowinski C, Besselmann K, Rückert W (2001): Qualitätshandbuch Leben mit Demenz, Köln, I/32.

Powell J (2000): Hilfen zur Kommunikation bei Demenz, Köln.

14.5 Sind individuelle Pflegeziele formuliert?	ja	nein	E. <input type="checkbox"/>
a. <i>basieren auf Ressourcen/Fähigkeiten, Problemen/Defiziten</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. <i>erreichbar/überprüfbar</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. <i>durch PFK</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Festgelegte Pflegeziele dienen dazu, die vom Pflegebedürftigen zu einem bestimmten Zeitpunkt erwarteten Ergebnisse zu beschreiben. Sie dienen darüber hinaus als Maßstab zur Beurteilung der Wirksamkeit der geplanten Maßnahmen. Grundlage der Pflegezielbeschreibung sind festgestellte Pflegeprobleme sowie Ressourcen und Fähigkeiten, die für die Problemlösung hilfreich sind. Die formulierten Ziele müssen erreichbar und überprüfbar sein. Der zeitliche Rahmen für die Erreichung des beschriebenen Zieles muss festgelegt werden.

Literatur:

Arets J, Obex F, Vaessen J, Wagner F (1996): Professionelle Pflege. Theoretische und praktische Grundlagen. Bocholt, 316 ff.

MDS (2005): Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Professionalisierung und Qualität in der Pflege. Essen.

14.6 Sind auf der Grundlage der Bedürfnisse, Probleme/Defizite und Ressourcen/Fähigkeiten individuelle Pflegemaßnahmen zur Erreichung der Pflegeziele geplant?	ja	nein	E.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. <i>auf Ziele ausgerichtet</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. <i>individuell</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. <i>handlungsleitend (wer, was, wann, wie oft etc.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. <i>durch PFK</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Die geplanten individuellen Pflegemaßnahmen dienen auf der Basis der in der Pflegeanamnese ermittelten Bedürfnisse, Probleme/Defizite und Ressourcen/Fähigkeiten der Erreichung der aufgestellten Pflegeziele. Die geplanten Pflegemaßnahmen müssen handlungsleitend formuliert sein, um eine kontinuierliche und individuelle Versorgung des Bewohners durch alle Mitarbeiter zu gewährleisten. Das heißt, sie sollten Aussagen darüber enthalten, wann, wie oft, welche Maßnahme mit welchen Mitteln durchgeführt werden. Die gewählten Pflegemaßnahmen sollen das vorhandene Problem lösen und das aufgestellte Ziel erreichen. Die in der Pflegeplanung beschriebenen Pflegemaßnahmen sind für alle an der Versorgung des Pflegebedürftigen Beteiligten verbindlich. Neben der Art und Weise wie die Pflege durchgeführt wird, muss aus der Beschreibung ersichtlich sein, wer, was, wann, wie oft, wo und wie durchführen soll.

Literatur:

MDS (2005): Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Professionalisierung und Qualität in der Pflege. Essen.

14.7 Wird bei der Pflegeplanung die individuelle soziale Betreuung berücksichtigt?	ja	nein	E.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Neben den Pflegeinterventionen sind in der Pflegeplanung die Maßnahmen der sozialen Betreuung/Begleitung zu berücksichtigen, die für den Bewohnern erforderlich sind.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- in der Pflegeplanung geeignete individuelle Maßnahmen der sozialen Betreuung enthalten sind
- oder aus der Pflegeplanung hervorgeht, dass der Bewohner keine soziale Betreuung wünscht.

14.8 Werden Pflegeergebnisse regelmäßig überprüft und definierte Pflegeziele und geplante Pflegemaßnahmen angepasst?	ja	nein	E.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. <i>regelmäßig überprüft</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. <i>Pflegeziele bei Bedarf angepasst</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. <i>Pflegemaßnahmen bei Bedarf angepasst</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. <i>durch PFK</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Die Auswertung/Evaluation der Pflegeplanung dient der Erfolgskontrolle pflegerischen Handelns und der Überprüfung der Angemessenheit der Pflegeziele und Pflegemaßnahmen. Die Pflegefachkraft beurteilt unter Einbeziehung des Pflegebedürftigen und dessen Bezugsperson das Erreichen der geplanten Pflegeziele und hält die Bewertung schriftlich fest; ggf. wird eine Neuanpassung der Pflegeplanung an die aktuelle Situation erforderlich.

Die Ergebniskontrollen erfolgen:

- bei unvorhergesehenen Veränderungen
- bei Aufnahme oder stetiger Verschlechterung und
- zum Zeitpunkt der geplanten Neueinschätzung.

In der verbindlichen Pflegeplanung sind die einzelnen Pflegeziele für einen bestimmten Zeitraum festgelegt worden. Am Tag des Kontrolldatums wird überprüft, ob die geplanten Zielsetzungen mittels der geplanten Pflegemaßnahmen erreicht werden konnten. Dies schließt die kontinuierliche Beurteilung der Pflegeintervention nicht aus, wie z.B. die Beurteilung des Hautzustandes bei jedem Lagerungswechsel. Dabei sollten bestehender Optimierungsbedarf erkannt und entsprechende Korrekturen vorgenommen werden.

Literatur:

MDS (2005): Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Professionalisierung und Qualität in der Pflege. Essen.

14.9 Spiegelt die Pflegedokumentation die Anwendung von Standards/Richtlinien wider?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

Für Pflegethemen, zu denen Expertenstandards (z.B. Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege) vorliegen, bilden diese den aktuellen Stand des Wissens.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn die Pflegeplanung einen Hinweis auf in der Pflegeeinrichtung vorhandene Standards/Richtlinien enthält.

14.10 Wird die Durchführung der geplanten Maßnahmen dokumentiert und von den durchführenden Mitarbeitern mit Handzeichen bestätigt?	ja	nein	E. <input type="checkbox"/>
a. alle durchgeführten Maßnahmen/Maßnahmenkomplexe abgezeichnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Datum und tageszeitliche Zuordnung ersichtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Abzeichnung durch durchführende Mitarbeiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. zeitnah abgezeichnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Die Durchführung der Pflegemaßnahmen wird mit Handzeichen und Uhrzeit zeitnah (am Tag der Leistungserbringung) auf dem Durchführungskontrollblatt/Leistungsnachweis von den durchführenden Mitarbeitern dokumentiert. Routinemaßnahmen können am Ende einer Schicht dokumentiert werden, Besonderheiten sind unmittelbar zu erfassen.

Literatur:

MDS (2005): Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Professionalisierung und Qualität in der Pflege. Essen.

14.11 Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

Die Steuerung des Pflegeprozesses ist im Zuständigkeitsbereich des SGB XI ein vorbehaltener Aufgabenbereich für Pflegefachkräfte. Dies ergibt sich aus dem indirekten Berufsrecht, insbesondere dem SGB XI sowie den Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität nach § 80 SGB XI.

Für die Durchführung verschiedener Handlungen wird zwischen formaler (Aus-, Weiterbildung) und materieller (Kenntnisse, Fähigkeiten, Fertigkeiten) Qualifikation unterschieden. Maßstab zur Beurteilung der formalen Qualifikation sind insbesondere die Ausbildungsgesetze für die Pflegeberufe.

Für die Pflegefachberufe liegen bundesweit gültige Gesetze vor. Dabei handelt es sich um das Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze vom 16. Juli 2003 (Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. -pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. -pfleger) und das Altenpflegegesetz (Altenpflegerin bzw. -pfleger), in der geänderten Fassung der Bekanntmachung vom 25. August 2003. Diese beiden Gesetze gelten seit dem 01. August 2003. Auch die darauf aufbauenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen (vom 26. November 2002 für die Altenpflege; vom 10. November 2003 für die Gesundheits- und Krankenpflege) gelten bundesweit.

Für die Durchführung allgemeiner Pflegeleistungen kann davon ausgegangen werden, dass bei Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. -pflegern, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen bzw. -pflegern sowie Altenpflegerinnen bzw. -pflegern die formale Qualifikation vorliegt. Auch bei vor dem 01. August 2003 begonnenen mindestens zweijährigen Altenpflegeausbildungen kann davon ausgegangen werden, dass die formale Qualifikation für die Durchführung allgemeiner Pflegeleistungen vorliegt.

Für die Mitwirkung an medizinischer Diagnostik und Therapie (Behandlungspflege) kann davon ausgegangen werden, dass die formale Qualifikation bei Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. -pflegern (alt Krankenschwestern/-pflegern), Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen bzw. -pflegern (alt Kinderkrankenschwestern/-pflegern) sowie Altenpflegerinnen bzw. -pflegern vorliegt. Bei vor dem 01. August 2003 begonnenen dreijährigen Altenpflegeausbildungen kann auch davon ausgegangen werden, dass die formale Qualifikation für die Mitwirkung an medizinischer Diagnostik und Therapie (Behandlungspflege) vorliegt. Für vor dem 01. August 2003 begonnene zweijährige Altenpflegeausbildungen ist im Einzelfall zu prüfen, ob eine entsprechende Qualifikation besteht.

Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 24. Oktober 2002 obliegt die Regelungskompetenz für Ausbildungen in der Altenpflegehilfe weiterhin den Bundesländern. Das Urteil hatte auch Auswirkungen auf die Regelungskompetenz für die Krankenpflegehilfeausbildung. Diese wurde ab 01. August 2003 ebenfalls in der Regelungskompetenz der Bundesländer überführt.

Die Ausbildung zur Krankenpflegehelferin ist auf Versorgung und Assistenz ausgerichtet. Für Krankenpflegehelferinnen bzw. -helfer, deren Ausbildung vor dem 01. August 2003 nach der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege begonnen wurde, liegt für einzelne allgemeine Pflegeleistungen sowie für einzelne Maßnahmen zur Mitarbeit an der ärztlichen Diagnostik und Therapie (Behandlungspflege) die formale Qualifikation vor. Dies lässt sich aus der Anlage 3 zu § 1 Abs. 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) vom 16. Oktober 1985 (zuletzt geändert durch Artikel 15 des Gesetzes vom 27. April 1993, BGBl. I, S. 512) herleiten.

Die Stundentafel für die Mindestanforderungen an den theoretischen und praktischen Unterricht führt 20 Stunden Arzneimittellehre auf. Diese enthalten jedoch weder gesetzliche Vorschriften über den Verkehr mit Arzneimitteln noch Grundkenntnisse der Pharmakologie und Toxikologie.

Für den Bereich Krankenpflegehilfe stehen 230 Unterrichtsstunden zur Verfügung. Neben einer Vielzahl anderer Themen sollen im Rahmen dieser 230 Stunden folgende behandlungspflegerische Maßnahmen vermittelt werden:

- „Ermitteln und Registrieren von Vitalfunktionen und sonstigen Beobachtungsergebnissen“,
- „Anwendung von physikalischen Maßnahmen“,
- „Spezielle Pflege des Auges, des Ohres, der Nase, des Mundes und der Haut“,
- „Mithilfe beim Versorgen von Wunden und beim Anlegen von Verbänden und Schienen“,
- „Mithilfe bei Injektionen, Sondierungen und Spülungen“.

Krankenpflegehelferinnen, die vor dem 31. August 2003 ihre Ausbildung begonnen haben, verfügen aufgrund ihrer Ausbildung somit über die formale Qualifikation zur selbständigen Durchführung bzw. Mithilfe bei der Durchführung der oben genannten Verrichtungen.

Zur Beurteilung der formalen Qualifikation bei Ausbildungen in der Krankenpflegehilfe die nach dem 01. August 2003 begonnen wurden, müssen die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen in den Bundesländern herangezogen werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass in diesen in weiten Teilen die Ausbildungsinhalte der bisherigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung auf Bundesebene übernommen wurden. Dies gilt z.B. für die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Krankenpflegehelferin im Land NRW vom 28. November 2003.

Bei Altenpflegehelferinnen bzw. -helfern ist hingegen nach wie vor mit sehr heterogenen Ausbildungsinhalten zu rechnen. Sonstige Hilfskräfte verfügen über keine formale Qualifikation.

Insbesondere dann, wenn sich aus der Berufsausbildung der einzusetzenden Pflegekräfte keine formale Qualifikation ergibt, ist die verantwortliche Pflegefachkraft dafür verantwortlich, dass die im Einzelfall erforderliche materielle Qualifikation vorliegt. Das ist der Fall, wenn die betroffene Pflegekraft über ausreichende Berufserfahrung in der Pflege verfügt und darüber hinaus die verantwortliche oder eine andere dazu autorisierte Pflegefachkraft (z.B. Praxisanleiterin) diese

- hinsichtlich der Eignung (Kenntnisse, Fähigkeiten, Fertigkeiten) überprüft hat,
- im Sinne der Vermittlung erforderliche Kenntnisse und Fertigkeiten angeleitet hat,
- bei der Leistungserbringung in angemessenen Zeitintervallen regelmäßig kontrolliert.

"Beim Einsatz von Pflegehilfskräften ist (...) sicherzustellen, dass Pflegefachkräfte die fachliche Überprüfung des Pflegebedarfs, die Anleitung der Hilfskräfte und die Kontrolle der geleisteten Arbeit gewährleisten." (§ 20 Abs. 3 Satz 3 Rahmenvertragsempfehlung nach § 75 Abs. 5 SGB XI teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege sowie § 21 Abs. 3 Satz 3 vollstationäre Pflege)

Fachliche Anleitung bedeutet insbesondere:

- Einarbeitung der Pflegehilfskräfte durch eine Pflegefachkraft anhand eines Einarbeitungskonzeptes
- regelmäßige dokumentierte und nachvollziehbare Pflegevisiten (Intervalle abhängig von der Pflegesituation)
- Ausführung der Pflege durch Pflegekräfte nach der Pflegeplanung durch eine Pflegefachkraft
- durchgehende Erreichbarkeit einer Pflegefachkraft während der Einsatzzeit der Hilfskräfte/angelernten Kräfte.

Im Rahmen der Prüfung durch den MDK gilt die Qualifikation als erfüllt, wenn die Mitarbeiter entsprechend ihrer formalen Qualifikation eingesetzt werden. Liegt für entsprechende Aufgaben keine formale Qualifikation vor, ist im Rahmen der Prüfung durch den MDK festzustellen, ob eine materielle Qualifikation vorliegt.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- die eingesetzten Mitarbeiter die formale Qualifikation haben oder
- für eingesetzte Mitarbeiter ohne formale Qualifikation der Nachweis der materiellen Qualifikation (z.B. Fortbildung, Anleitung) vorliegt.

Literatur:

Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze vom 16. Juli 2003.

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe der Krankenpflege vom 10. November 2003.

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) vom 16. Oktober 1985 (zuletzt geändert durch Artikel 15 des Gesetzes vom 27. April 1993).

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Krankenpflegehelfer(innen) (KrPflhiAPrV) vom 28. November 2003 in NRW.

Debong B, Andreas M, Bruns W (2003): Was bringt das neue Krankenpflegegesetz? Pflege- und Krankenhausrecht, 3, 18-20.

Andreas M, Debong B, Bruns W (2003): Bundeseinheitliche Altenpflegeausbildung. Die Schwester/Der Pfleger, 01, 76-79.

Dielmann G (2000): Was wird aus der Krankenpflegehilfe-Ausbildung. Die Schwester/Der Pfleger, 12, 1055-1057.

Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG) in der geänderten Fassung der Bekanntmachung vom 25. August 2003.

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers (Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung –AltPflAPrV) vom 26. November 2002.

BVG Urteil vom 24. Oktober 2002 Az 2 BvF 1/01.

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und zur Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 16. Dezember 2003.

Rahmenvertragsempfehlung nach § 75 SGB XI für die vollstationäre Pflege vom 25. November 1996.

Igl G (2000): Gibt es einen Königsweg zur berufsrechtlichen Festigung der Pflege? Kinderkrankenschwester, 2, 61-66.

		ja	nein	l.n.z.	E.
14.12	Enthält der Pflegebericht Angaben zu Veränderungen, Befindlichkeiten des Bewohners, Reaktionen auf pflegerische Maßnahmen, Abweichungen von den geplanten Maßnahmen?				<input type="checkbox"/>
a.	<i>regelmäßige Angaben zu Befindlichkeiten/Veränderungen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<i>Reaktionen und Abweichungen auf pflegerische Maßnahmen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	<i>Verlauf spiegelt sich wider</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	<i>nichtwertende Beschreibungen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Der Pflegebericht gibt Auskunft über das Befinden des Pflegebedürftigen und dient der Information über Veränderungen. Die Eintragungen im Pflegebericht beziehen sich auf veränderte Probleme, Bedürfnisse und Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person und der Bezugsperson im Hinblick auf die gesetzten Ziele. Sie stützen sich auf Beobachtungen der Pflegekraft und auf Äußerungen des Pflegebedürftigen und/oder seiner Bezugsperson.

son im Hinblick auf die Pflegesituation. Darüber hinaus gibt der Pflegebericht über situationsbedingte Gründe für das Abweichen von der Pflegeplanung Auskunft. Die Eintragungen werden nichtwertend vorgenommen. Wenn keine Besonderheiten zu verzeichnen sind, weist der Pflegebericht keine täglichen Eintragungen auf.

Literatur:

MDS (2005): Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Professionalisierung und Qualität in der Pflege. Essen.

14.13 Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

Z.B. bei Stürzen oder akuten gesundheitlichen Veränderungen des Bewohners Information des Arztes.

14.14 Werden in der Pflegedokumentation Mehrfachdokumentationen vermieden?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

Um mit möglichst geringem Aufwand und einer hohen Übersichtlichkeit die Pflegedokumentation in erforderlichem Umfang zu führen, sind Mehrfachdokumentationen (z.B. Dokumentation der Durchführung im Durchführungsnachweis und im Pflegebericht) zu vermeiden. Das parallele Führen von Übergabebüchern neben der Pflegedokumentation ist nicht sachgerecht, da diese keine ganzheitliche Informationsweitergabe ermöglichen.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn sich aus der Analyse der Pflegedokumentation und ggf. weiterer Dokumentationsinstrumente keine Mehrfachdokumentationen ergeben.

Literatur:

MDS (2005): Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Professionalisierung und Qualität in der Pflege. Essen.

14.15 Wird bei Überleitungen in andere Versorgungsformen ein Überleitungsbogen angewandt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

Zur Gewährleistung eines zeitnahen und systematischen Informationstransfers bei Überleitungen in andere Versorgungsformen (z.B. Krankenhaus, stationäre Rehabilitationseinrichtung) sollte ein Pflegeüberleitungsbogen vorgehalten werden. Der Überleitungsbogen ist für eine Überleitung neben den Stammdaten mit aktuellen Informationen (z.B. Medikation, Hautzustand, pflegerischen Besonderheiten, gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen) auszufüllen.

Wenn aus der Pflegedokumentation oder aus dem Gespräch mit dem Bewohner erkennbar ist, dass er in der Vergangenheit z.B. einen Krankenhausaufenthalt hatte, ist zu überprüfen, ob dabei ein Überleitungsbogen angewandt wurde.

Der Expertenstandard Entlassungsmanagement des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege ist für Krankenhäuser, Fach- und Rehabilitationskliniken entwickelt worden. Er bietet allerdings auch Orientierung für die stationäre Langzeitpflege.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- bei Überleitungen in andere Versorgungsformen ein Überleitungsbogen genutzt wurde und
- der Überleitungsbogen neben den Stammdaten relevante Informationen enthält.

Die Frage ist mit t.n.z. zu beantworten, wenn bei dem Bewohner keine Überleitungen in andere Versorgungsformen stattgefunden haben.

Literatur:

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2002): Entlassungsmanagement. Osnabrück.

14.16 Ist nach Abgleich der Pflegedokumentation mit der Handzeichenliste eine personelle Kontinuität ersichtlich?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

Personelle Kontinuität ist gegeben, wenn der Bewohner während eines Dienstes (Frühdienst, Spätdienst, Nachtdienst) von einem überschaubaren Pflgeteam über einen längeren Zeitraum (mehrere Tage) versorgt wird.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn nach den oben genannten Kriterien eine personelle Kontinuität ersichtlich ist.

15. Behandlungspflege

Die Pflegeeinrichtung kann behandlungspflegerische Leistungen nur fachlich korrekt durchführen, wenn der Vertragsarzt eine dem aktuellen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Anordnung getroffen hat. Sofern eine Anordnung nicht dem aktuellen Stand des Wissens entspricht, kann dies der Pflegeeinrichtung nicht angelastet werden. Dies ist bei der Beurteilung der Pflegequalität durch den MDK zu beachten.

15.1 Ist die ärztliche Anordnung und Durchführung behandlungspflegerischer Maßnahmen nachvollziehbar?	ja	nein	t.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
a. <i>ärztliche Anordnung vorhanden</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. <i>Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. <i>Durchführung entspricht ärztlicher Anordnung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Behandlungspflegerische Maßnahmen müssen vom Arzt delegiert bzw. angeordnet werden. Sofern dies nur mündlich erfolgt, ist dieser Sachverhalt in der Pflegedokumentation zu vermerken. Über die Frage, ob eine rechtliche Verpflichtung für den Vertragsarzt zur Dokumentation angeordneter medizinischer behandlungspflegerischer Maßnahmen in der Pflegedokumentation besteht, existieren in der juristischen Literatur unterschiedliche Einschätzungen.

Eine praktikable Lösung für Situationen, in denen Handlungsbedarf besteht und der Vertragsarzt nicht in der Pflegeeinrichtung anwesend ist, ist die Anordnung per Fax. Von telefonischen Anordnungen sollte nur im Notfall Gebrauch gemacht werden.

In jedem Fall liegt die Verantwortung für die Durchführung von Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege auf der Basis einer fachgerechten Dokumentation bei der Pflegeeinrichtung. Ist eine Dokumentation in der Pflegedokumentation durch den Vertragsarzt nicht möglich (z.B. im Notfall), sollte die mündliche Anordnung des Vertragsarztes (auch per Telefon) durch eine Pflegefachkraft entgegen genommen und nach dem VUG-Prinzip (**V**orlesen **u**nd **G**enehmigen lassen) dokumentiert werden.

Eindeutig dokumentiert ist eine behandlungspflegerische Maßnahme, wenn definiert ist, welche Maßnahme wann, wie, wie oft und womit durchgeführt werden soll (z.B. welches Medikament in welcher Konzentration zu welchen Zeiten wie häufig in welcher Applikationsform verabreicht wird oder welche Wunde wie häufig in welcher Form, mit welchen Medikamenten und welchem Verbandsmaterial versorgt werden soll).

Literatur:

Böhme H (1997): Haftungsfragen und Pflegeversicherungsgesetz. Haftung von Trägern, Pflegemanagement, Pflegefach- und Pflegehilfskräften. KDA Forum Bd. 35. Köln.

Senatsverwaltung für Gesundheit Berlin, Referat Kranken- und Altenpflege (Hrsg.) (1993²): Pflege auf dem Prüfstand. Rechtsfragen der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an Pflegenden. Rechtsgutachten erteilt durch Böhme H. Berlin.

Böhme, H (1998): Rechtsfragen bei der Pflegeplanung und -dokumentation. In: Pflegen Ambulant, 1, 46-49.

Weiss, T (1999): Akzeptanz und Wertschätzung. In: Altenpflege, 5, 48-49.

Weiss, T (1999): Die Delegation ärztlicher Tätigkeiten an Krankenpflegekräfte. In: Pflege- & Krankenhausrecht. 4, 98-101.

Großkopf, R (1998): Die Pflegedokumentation aus haftungsrechtlicher Sicht. In: PflegeRecht 6, 126-131.

Böhme H, Jacobs P (1997): Rechtsfragen bei ärztlichen Anordnungen. In: Die Schwester Der Pfleger 2, 149-152.

Saffé, MS, Sträßner H (1998): Die Delegation ärztlicher Tätigkeit auf nichtärztliches Personal aus haftungsrechtlicher Sicht. In: PflegeRecht 10-11, 226-230.

	ja	nein	l.n.z.	E.
15.2 Sind auf dem vorgesehenen Formblatt zur Medikation die verordneten Medikamente vollständig und korrekt dokumentiert?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. <i>Applikationsform</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. <i>Dokumentation des vollständigen Medikamentennamens</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. <i>Dosierung und Häufigkeit</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. <i>tageszeitliche Zuordnung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e. <i>Bedarfsmedikation in der Pflegedokumentation festgehalten</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Die Frage bezieht sich auch auf verordnete Bedarfsmedikamente. Um die Bedarfsmedikation sachgerecht umsetzen zu können, muss in der Pflegedokumentation festgehalten sein, bei welchen Symptomen, welches Medikament in welcher Einzel- und bis zu welcher Tageshöchstdosierung zu verabreichen ist.

Bei dieser Frage ist zu überprüfen, ob für alle verabreichten Medikamente eine ärztliche Anordnung vorliegt. Wenn der Bewohner die Einnahme nicht rezeptpflichtiger Medikamente nicht mehr eigenverantwortlich beurteilen kann und diese von der Pflegeeinrichtung verabreicht werden, ist dies mit dem Hausarzt abzustimmen sowie zu dokumentieren (ggf. Betreuer beachten).

	ja	nein	l.n.z.	E.
15.3 Ist der Umgang mit Medikamenten sach- und fachgerecht?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. <i>gerichtete Medikamente stimmen mit den Angaben in der Pflegedokumentation überein</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. <i>bewohnerbezogene Beschriftung und Aufbewahrung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. <i>Kühlschranklagerung (2-8 °C) bei Notwendigkeit</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. <i>sachgerechte Betäubungsmittelhandhabung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. <i>Anbruchdatum und Verfallsdatum von Medikamenten mit begrenzter Gebrauchsdauer nach Öffnung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. <i>Kennzeichnung der Blisterpackungen mit eindeutigen Bewohnerangaben (insbesondere Name, Vorname, Geburtsdatum) sowie mit Angaben zu den Medikamenten (Name, Farbe, Form, Stärke)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. <i>Direktverabreichung der Medikamente aus der Blisterpackung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. <i>Medikamentenumstellungen bei Verblisterung können kurzfristig umgesetzt werden</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Um diese Frage zu beantworten ist ein Abgleich der gestellten Medikamente mit den Angaben der Pflegedokumentation durchzuführen. Es ist darauf zu achten, ob die Medikamente bewohnerbezogen aufbewahrt und zugeordnet sind, alle gestellten Medikamente vorhanden und eindeutig zu identifizieren sind. Die zusätzliche Nutzung von Medikamenten-, Tropfen- und Injektionsplänen birgt die Gefahr von Übertragungsfehlern. Tropfen sollten erst unmittelbar vor der Verabreichung gerichtet werden.

Im § 11 Abs. 1 Nr. 10 Heimgesetz ist festgelegt, dass die Arzneimittel bewohnerbezogen und ordnungsgemäß aufbewahrt werden müssen. § 11 Abs. 1 Nr. 10 Heimgesetz legt weiterhin fest, dass die Mitarbeiter mindestens einmal im Jahr über den sachgerechten Umgang mit Arzneimitteln beraten werden.

Aufzeichnungen über den Erhalt, die Aufbewahrung und die Verabreichung von Arzneimitteln einschließlich der pharmazeutischen Überprüfung der Arzneimittelvorräte und der Unterweisung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über den sachgerechten Umgang mit Arzneimitteln sind durch den Träger eines Heimes entsprechend § 13 Abs. 1 Nr. 5 Heimgesetz jederzeit vorzuhalten.

Bewohner, die ihre Medikamente selbst verwalten und einnehmen können, müssen darauf hingewiesen werden, dass andere Bewohner keinen Zugang zu diesen Medikamenten haben.

Bei Anbruch bestimmter Medikamente sind diese mit Anbruch- und Verfalldatum zu versehen (z.B. Augentropfen, Insulin, flüssige Psychopharmaka). Diese Kennzeichnung ist erforderlich, um Rückschlüsse über Verbrauch und Haltbarkeit ziehen zu können.

Im Betäubungsmittelgesetz finden stationäre Pflegeeinrichtungen keine direkte Erwähnung. Es ist aber zu empfehlen, die Anforderungen des Betäubungsmittelgesetzes auch hier einzuhalten. Daraus ist abzuleiten, dass Be-

täubungsmittel verschlossen in einem gesonderten Fach aufbewahrt werden. Nur besonders autorisierte Personen verwahren den dazu gehörenden Schlüssel. Ebenso ist zu empfehlen, dass die Dokumentation der Entnahme von Betäubungsmitteln mit dokumentenechtem Stift erfolgt. Dabei werden Datum, Uhrzeit, Name des Bewohners, Art und Menge des Betäubungsmittels, der verordnende Arzt und die verabreichende Pflegefachkraft angegeben.

Die höchstmögliche Sicherheit besteht dann, wenn die Person, die die Medikamente stellt, die Medikamente auch ausgibt. Beim Auseinanderfallen dieser Teilarbeiten müssen zusätzliche Sicherungen eingebaut werden.

Um größtmögliche Sicherheit im Umgang mit Medikamenten zu gewährleisten, sollte die Vorgehensweise durch z.B. Leitlinien oder Standards schriftlich geregelt werden.

Die Frage bezieht sich nur auf die Bewohner, für die Medikamente durch die Einrichtung gestellt und verteilt werden.

Bei Apotheken handelt es sich nicht um zugelassene Leistungserbringer in diesem Sinne. Dennoch ist eine Verblisterung durch Apotheken möglich, wenn die oben genannten Voraussetzungen erfüllt werden. Ein Vertrag nach § 12a des Gesetzes über das Apothekenwesen kann hier die Grundlage für entsprechende Kooperationen sein.

Vorteile der Verblisterung durch Apotheken können sein:

- Verblisterung erfolgt in der Regel ohne Zusatzkosten, da die Dienstleistung der Apotheke mit dem Arzneimittelpreis abgegolten ist
- Verblisterung durch Apotheken ist meist effektiver und verringert den Arbeitsaufwand im Pflegeheim
- die Arzneimittelversorgung wird als sicherer empfunden, die Verwechslungsgefahr von Medikamenten sinkt.

Auch bei der Verblisterung durch Apotheken hat die Pflegeeinrichtung eine Mitverantwortung für die Organisation der Medikamentenversorgung.

Literatur:

Weiss T (2002): Sensible Daten. Altenpflege, 2, 48-49.

Böhme H (2001): Individuelle Blisterpackungen für die Patientenversorgung. Pflege- und Krankenhausrecht, 1, 11-13.

Böhme H (2001): Nochmals zur patientenindividuellen Verblisterung. Pflege- und Krankenhausrecht, 3, 66-69. Gesetz über das Apothekenwesen in der Fassung vom 21. August 2002.

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und zur Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 16. Dezember 2003.

Böhme H (2002): Rechtsfragen zum Richten und Verteilen von Medikamenten. Pflege- und Krankenhausrecht, 2, 54-56.

DBfK Landesverband Berlin-Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern (2003): Brennpunkt Medikamentengabe. Informationsbroschüre für Pflegende und Pflegeeinrichtungen. Berlin.

Kieschnick H & Mybes U (1999): Organisation der Medikamentenversorgung für Bewohner/-innen von Altenpflegeheimen. KDA, Thema 148. Köln.

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 16.12.2003, Ziffer 2.6

15.4	Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	l.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
-------------	--	--------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

Grundsätze beim Anlegen von Kompressionsverbänden sind:

1. Anlegen des Verbandes nur im Liegen bei entstauten Venen und abgeschwollenen Beinen.
2. Ein Kompressionsverband muss immer von distal nach proximal gewickelt werden.
3. Die Vorspannung und damit der Ruhedruck sollten von distal nach proximal abnehmen, sonst kommt es zur distalen Stauung.
4. Der Verband muss faltenfrei angelegt werden.
5. Der Patient soll sich im Verband wohlfühlen.

Ist eine kontinuierliche Kompressionsbehandlung der unteren Extremitäten erforderlich, ist der Einsatz von Kompressionsstrümpfen oder Kompressionsstrumpfhosen angezeigt.

Es gibt vier Kompressionsklassen:

Kompressionsklasse I

Leichte Kompression (20 mm Hg). Geeignet zur Thromboseprophylaxe bei bettlägerigen Patienten. Vermindert bei gefährigten Patienten das Schwere- und Müdigkeitsgefühl in den Beinen, ist aber zur eigentlichen Varikosebehandlung zu schwach.

Kompressionsklasse II

Mittelkräftige Kompression (30 mm Hg). Geeignet bei leichten Oedemen und stärkeren subjektiven Beschwerden bei mäßiger Varikose.

Kompressionsklasse III

Kräftige Kompression (40 mm Hg). Geeignet bei stark ausgeprägten Varizen, beim postthrombotischen Syndrom und beim Lymphoedem.

Kompressionsklasse IV

Sehr kräftige Kompression (60 mm Hg). Geeignet bei besonders schweren Fällen von therapieresistentem, ausgeprägtem Lymphoedem.

Kompressionsstrümpfe sollen morgens vor dem Aufstehen angelegt werden. Strümpfe der Kompressionsklassen III und IV können nur sehr schwer und oft nur mit fremder Hilfe angezogen werden. Damit der Strumpf besser über den Fuß gleitet, werden z.B. glatte seidene Kunstpantoffeln als Anziehhilfe unter dem Strumpf angezogen. Ist der Strumpf angelegt, werden die Pantoffeln durch das offene Zehenende des Strumpfes entfernt. Die Strümpfe werden so weit wie möglich nach oben gezogen, um einen faltenfreien Sitz zu sichern. Strümpfe, die bis zum Oberschenkel reichen, müssen dort an mindestens drei Punkten durch ein Mieder oder ein Strumpfband gehalten werden, um ein Abrutschen zu vermeiden.

Literatur:

Eibl-Eibesfeldt B, Kessler S (1997): Verbandlehre. München, Wien, Baltimore.

SEG 2 Pflege (Hrsg.) (2005): Grundsatzstellungnahme zum An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege. München, Münster.

15.5	Ist der Umgang mit Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	l.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
-------------	---	--------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

Ein regelmäßiger Verbandswechsel mit einer entsprechenden Hautpflege des Tracheostoma ist unter aseptischen Bedingungen erforderlich. Bei dem Verbandswechsel ist auf Veränderungen der parastomalen Haut bzw. auf Komplikationen zu achten (z. B. Infektion, Druckulzera, Hautemphysem, Blutung, Läsion der Trachea). Diese werden in der Pflegedokumentation differenziert beschrieben, ebenso ist der Arzt zu benachrichtigen. Ziel ist es, das Tracheostoma und die unmittelbare Umgebung sauber und trocken zu halten, sowie Schäden der Haut um das Tracheostoma herum zu verhindern.

Hinsichtlich des Intervalls des Verbandswechsels sind grundsätzlich die ärztliche Anordnung sowie die Wundverhältnisse bzw. der Sekretfluss zu berücksichtigen. In der Literatur wird die Durchführung des Verbandswechsels einmal täglich und zusätzlich bei Bedarf empfohlen, da der Verband bzw. die Fixierungsbändchen oft mit Speichel, Trachealsekret oder Waschwasser in Kontakt kommen.

Nach der Reinigung wird das Tracheostoma verbunden und neu fixiert. Für den Verband stehen verschiedene Produkte zur Verfügung (z. B. Schlitzkompressen aus Mull, Metalline oder Polyurethane-Schaum). Achtung: Bei von Hand eingeschnittenen Kompressen kann leicht Kompressenmaterial in die Wunde gelangen.

Zum Verbandswechsel gehört ebenso die Lagekontrolle der Kanüle. Die Fixierung der Trachealkanüle soll unbeabsichtigte Lageveränderungen der Kanüle verhindern. Erfahrungsgemäß ist die Fixierung optimal, unter der gerade zwei nebeneinander liegende Finger eingeschoben werden können.

Wenn eine Innenkanüle verwendet wird, wird diese je nach Bedarf, mehrmals täglich aus der Außenkanüle herausgenommen, gereinigt und anschließend wieder eingesetzt. Die Trachealkanülenpflege und regelmäßige Reinigung des Innenlebens ist besonders wichtig, um eine Okklusion zu vermeiden.

Je nach Menge und Beschaffenheit des Bronchial- und Trachealsekretes ist eine Bronchialtoilette durch Absaugen erforderlich, wenn der Bewohner nicht in der Lage ist, sein Sekret abzuhusten. Der endotracheale Absaugvorgang erfolgt nach den aktuellen medizinischen und pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen unter Berücksichtigung der hygienischen Kautelen. Dabei gilt der Grundsatz: „Soviel wie nötig – so wenig wie möglich!“ Eine hygienische Händedesinfektion ist vor und nach dem endotrachealen Absaugen vorzunehmen. Zum endotrachealen Absaugen sind keimarme Einmalhandschuhe zu tragen. Der Absaugkatheter muss steril sein, zu jeder neuen Absaugung ist ein neuer Einmalkatheter zu verwenden. Die Beschaffenheit des Sekretes (Menge, Aussehen, Häufigkeit, Blutbeimengungen) muss beobachtet und in der Pflegedokumentation dokumentiert werden. In Abhängigkeit von der Häufigkeit der Durchführung ist ein Absaugprotokoll zu empfehlen.

Erforderliche Maßnahmen zur Pneumonie- sowie Atelektasenprophylaxe werden in der Pflegeplanung berücksichtigt.

Eine regelmäßige sowie sorgfältige Zahn- und Mundpflege ist gerade bei Bewohnern mit einem Tracheostoma mehrmals täglich erforderlich.

Die Funktionen der Nase fallen bei einem tracheotomierten Menschen weg. Durch Austrocknung der Schleimhaut kann es zur Bildung von Borsten kommen, die das Lumen der Trachea verlegen. Deshalb ist eine konsequente Schleimhautbefeuchtung sehr wichtig.

Um mit dem Bewohner angemessen kommunizieren zu können, sollten die Kommunikationshindernisse des Bewohners, aber auch seine Ressourcen/Fähigkeiten erkannt und eingeschätzt werden. Es ist notwendig, geeignete Kommunikationshilfsmittel (z.B. Schreibutensilien, Symboltafeln, -karten, Löschtafeln etc.) zu kennen und diese entsprechend der Situation des Bewohners einzusetzen.

Der Tracheotomierte kann essen und trinken, sofern keine Schluckstörungen oder Kontraindikationen aufgrund seiner Erkrankung vorliegen.

Die durchgeführten Maßnahmen müssen in der Pflegedokumentation nachvollziehbar sein.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn die oben beschriebenen Kriterien eingehalten werden.

Literatur:

Hubert A (2002): Das Tracheostoma. In: Pflegen Ambulant 01, 20-23.

Kasper M, Kraut D (2000): Atmung und Atemtherapie - Ein Praxishandbuch für Pflegenden. Bern et al.

Kirsch F et al. (2002): Fachpflege Beatmung - Überwachung und Pflege des beatmeten Patienten. München, Jena.

Keim M (2001): Cuffinduzierte Trachealschäden 1. Teil. In: Die Schwester/Der Pfleger, 2, 156-161.

Keim, M (2001): Cuffinduzierte Trachealschäden 2. Teil. In: Die Schwester/Der Pfleger, 3, 252-255.

Lobnig M, Hambücker J (2003): Beatmung - Praxishandbuch für Pflegenden. Bern et al.

Öffentlicher Gesundheitsdienst Mecklenburg-Vorpommern (Stand Februar 2001): Hygienegrundsätze in Alten- und Pflegeheimen.

Prävention der nosokomialen Pneumonie (2002): Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert-Koch-Institut. BGBl. 43, 302-309.

	ja	nein	l.n.z.	E.
15.6 Wird mit chronischen Wunden (z.B. Ulcus cruris) sachgerecht umgegangen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Ort und Zeitpunkt der Entstehung nachvollziehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. ärztliche Anordnungen erkennbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. Wundbehandlung erfolgt unter Einhaltung von Hygienegrundsätzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e. differenzierte Wunddokumentation (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
f. Auswertung der Nachweise (z.B. Wunddokumentation) mit erforderlicher Anpassung der Maßnahmen und ggf. Information an den Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Chronische Wunden sind definiert als Wunden mit verzögerter Wundheilung und langwierigem, kompliziertem Heilungsverlauf. Von chronischen Wunden spricht man frühestens dann, wenn die Wundheilung länger als acht Wochen dauert. Zu den chronischen Wunden gehören der Dekubitus, das Gangrän und das Ulcus cruris. Der Umgang mit einem Dekubitus wird unter der Frage 16.2 behandelt.

Gangrän

Arterielle Durchblutungsstörungen im fortgeschrittenen Stadium (wenn auch im Ruhezustand keine ausreichende Durchblutung mehr erfolgt) können zu einer Mangelversorgung des Hautgewebes vor allem im Bereich der Füße und der Zehen führen. Die Minderversorgung führt zur Schädigung und schließlich zum Absterben der betroffenen Gewebeareale. Die geschädigten bzw. abgestorbenen Hautareale werden als Gangrän bezeichnet. Es wird unterschieden zwischen trockener und feuchter Gangrän.

Trockene Gangrän

Nekrose, die abtrocknet; aufgrund des Flüssigkeitsverlustes schrumpft das Gewebe.

Feuchte Gangrän

Nekrose, bei der sich das Gewebe aufgrund einer bakteriellen Infektion verflüssigt und bläulich verfärbt.

Ulcus cruris

Bei einer chronisch venösen Insuffizienz kann es durch den erhöhten Venendruck zu einer Schädigung von Hautarealen vor allem im Bereich der Unterschenkel kommen. Im Bereich der geschädigten Hautareale kann es zur Ausbildung von Unterschenkelgeschwüren (Ulcus cruris) mit massiven und schlecht heilenden Hautdefekten kommen.

Wundbehandlung bei Gangrän und Ulcus cruris

Nach dem derzeit gültigen Wissensstand werden die besten Ergebnisse bei der Behandlung von chronischen Wunden durch Feuchtverbände erreicht. Hiermit werden folgende Ziele verfolgt:

- Schmerzlinderung
- Aufrechterhaltung des physiologischen Wundmilieus, das Austrocknen der Wundoberfläche wird verhindert
- Förderung der Mechanismen und Faktoren, die den Gewebearaufbau unterstützen
- Wundreinigung (Aufweichen von Nekrosen, Ablösung abgestorbener Gewebeareale)
- Verkleinerung der Wundfläche
- Vermehrung des Granulationsgewebes
- Vermeidung der Verklebung von neu gebildetem Gewebe mit dem Verband

Als Feuchtverbände kommen sowohl in physiologischer Kochsalzlösung getränkte Kompressen in Frage als auch Hydrogele, Hydrokolloide, Alginate oder Polyuretanschäume. Die Wundbehandlung erfolgt immer entsprechend der ärztlichen Verordnung.

Hygiene in der Wundbehandlung

Die Wundversorgung bei Gangrän oder Ulcus cruris erfolgt immer unter sterilen Kautelen. Trotz der immer bestehenden Keimbeseidlung von chronischen Wunden kann es durch eine unhygienische Versorgung zur Verzögerung der Wundheilung und zur Sekundärinfektion der Wunden durch andere Keime kommen.

Die Einhaltung von Hygienegrundsätzen und die Durchführung der Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Anordnung wird nach Möglichkeit in Augenschein genommen oder es erfolgt eine Prüfung der vorhandenen Materialien und ein Gespräch mit den Pflegemitarbeitern.

Das Kriterium „Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens“ kann auch mit ja beantwortet werden, wenn die Pflegeeinrichtung den Arzt nachweislich darüber informiert hat, dass die Behandlung nicht dem aktuellen Stand des Wissens entspricht und der Arzt seine Anordnung nicht angepasst hat.

Literatur:

Daumann S (2003): Wundmanagement und Wunddokumentation. Stuttgart.

Eibl-Eibesfeldt B, Kessler S (1997): Verbandlehre. München, Wien, Baltimore.

Panfil E M, Mayer H, Evers G (2004): Entwicklung des "Wittener Aktivitätenkatalogs der Selbstpflege bei venös bedingten offenen Beinen". Pflege, 17, 18-25.

Protz K (2004): Ulcus cruris venosum. Forum Sozialstation. 2, 38-42.

16. Bewohnerbezogene Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität

Wenn im Rahmen der Ist-Erhebung im Kapitel 13 Risiken zur Entstehung von Druckgeschwüren, Kontrakturen etc. festgestellt wurden, sind die entsprechenden Fragen in diesem Kapitel zu bearbeiten. Sind keine Risiken festgestellt worden, treffen die Fragen nicht zu und werden im Rahmen des EDV-Systems ausgeblendet.

	ja	nein	l.n.z.	E.
16.1 Wird bei Dekubitusgefahr mit dieser Situation sachgerecht umgegangen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. <i>Ressourcen/Fähigkeiten und Probleme/Defizite werden erkannt (einschließlich Risikofaktoren wie Ess- und Trinkverhalten, Inkontinenz oder Hautpflege-Problemen)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. <i>systematische Dekubitusrisikoerkennung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. <i>geeignete Ziele und erforderlichen Maßnahmen werden geplant (z.B. Bewegungsplanung, Einsatz von Hilfsmitteln, Ernährung, Flüssigkeitsversorgung, Hautinspektion, ggf. Beratung der Bewohner bzw. ihrer Angehörigen hinsichtlich der Risiken und Maßnahmen)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. <i>Einsatz von Hilfsmitteln sachgerecht</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. <i>Durchführung der Maßnahmen nachvollziehbar</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
f. <i>Auswertung der Nachweise (z.B. Risikoerkennung, Bewegungsplan) mit erforderlicher Anpassung der Maßnahmen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
g. <i>Information Hausarzt und Pflegekasse</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h. <i>haut- und gewebeschonende Lagerungs- und Transfertechniken werden angewendet</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ein bestehendes Dekubitusrisiko wird ggf. mit Hilfe einer Skala zur Ermittlung des Dekubitusrisikos (z.B. Braden-Skala, Medley-Skala) erkannt und eingeschätzt. Die Anwendung solcher Skalen erleichtert die Einschätzung des Dekubitusrisikos, bereits bevor eine Rötung eingetreten ist. Ebenso erleichtert die Nutzung solcher Skalen die laufende Dokumentation. Die mit Abstand am häufigsten und in unterschiedlichen Settings getestete Skala ist die Braden-Skala. Die Einschätzung des Dekubitusrisikos sollte bei allen Bewohnern erfolgen, bei denen eine Gefährdung nicht ausgeschlossen werden kann, unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrags und danach in individuell festgelegten Abständen sowie unverzüglich bei Veränderungen der Mobilität, der Aktivität und des Druckes u.a. mit Hilfe einer standardisierten Einschätzungsskala.

Eine aktuelle systematische Einschätzung des Dekubitusrisikos liegt vor.

Erforderliche Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe werden in der Pflegeplanung berücksichtigt. Maßnahmen zur Erleichterung der Eigenbewegung und Nutzung der Bewegungsreserven der Bewohner sind dabei von besonderer Bedeutung.

Erforderliche Lagerungen/Maßnahmen zur Bewegungsförderung werden über einen Bewegungsplan unter Berücksichtigung der Prinzipien der aktivierenden Pflege geplant, durchgeführt und dokumentiert. Die Intervalle zur geplanten Bewegungsförderung/Druckentlastung müssen individuell bestimmt und planmäßig durchgeführt werden. Der Hautzustand ist regelmäßig einzuschätzen und das Ergebnis zu dokumentieren.

Zur Vermeidung zusätzlicher Hautverletzungen durch inadäquate Lagerungs- und Transfertechniken ist es notwendig, geeignete Techniken (z.B. Bobath, Kinästhetik) nicht nur theoretisch zu erlernen, sondern auch einzuüben. Die Anwendung der haut- und gewebeschonenden Lagerungs-, Bewegungs- und Transfertechniken kann durch die Prüfer während der Prüfung des Pflegezustandes wahrgenommen werden.

Geeignete Lagerungsformen sind insbesondere die 30°-Schräglagerung, die 135°-Schräglagerung, die schiefe Ebene, die 5-Kissen- und 3-Kissen-Lagerung, die V-, A-, T- und I-Lagerung.

Bei bestehendem Dekubitusrisiko werden Lagerungshilfen und ggf. Antidekubitusmatratzen eingesetzt. Antidekubitusmatratzen ersetzen grundsätzlich nicht die regelmäßige Umlagerung/Bewegung des Bewohners. Die Antidekubitusmatratzen sind entsprechend der Herstellerangaben einzusetzen (z.B. bei Wechsellagerung Anpassung der Druckeinstellung an das Körpergewicht). Grundsätzlich sollte das Lagern eines Bewohners die Selbstständigkeitsförderung bzw. -erhaltung zum Ziel haben. Von besonderer Bedeutung ist die unverzügliche Anwendung einer für den Bewohner geeigneten, druckreduzierenden Unterlage bzw. druckreduzierender Hilfsmittel. Eine Schaumstoffmatratze reicht oft neben der Berücksichtigung weiterer prophylaktischer Maßnahmen

zur Vermeidung eines Druckgeschwürs aus. Wenn die Lagerung auf einer Normalmatratze nicht ausreicht, sollten Spezialmatratzen oder Spezialbetten benutzt werden. Je mehr Lagerungshilfsmittel eingesetzt werden, desto immobiler wird der Bewohner. Weich- und Hohllagerung führen eher zu einer Immobilität. Um den Auf-
lagedruck möglichst gering zu halten, sollte soviel Körperoberfläche wie möglich aufliegen. Da bei der Ober-
körperhochlagerung die Dekubitusgefährdung extrem zunimmt, wenn die Hüftbeugung nicht mit der Bettabkni-
ckung übereinstimmt, sollte auf eine korrekte Hüftabbeugung geachtet werden.

Ungeeignete Hilfsmittel zur Lagerung sind Lagerungsringe (Druckerhöhung an den Rändern), Felle, Wattever-
bände und Wassermatratzen (Wirksamkeit nicht nachgewiesen oder unwirksam).

Soweit möglich wird der Bewohner mobilisiert.

Es ist besonders auf eine ausreichende Flüssigkeits- und Eiweißzufuhr zu achten. Empfohlen wird für eine wirk-
same Dekubitusprophylaxe eine ausreichende Zufuhr von Flüssigkeit, Kohlenhydraten, Eiweiß, Vitaminen und
Spurenelementen wie Zink und Eisen. Bei bestehendem Dekubitusrisiko sollte das individuelle Ess- und Trink-
verhalten beurteilt werden. Maßnahmen zur Deckung des individuellen Bedarfs sind zu planen (z.B. Förderung
der Wachhalt des Bewohners, Förderung der selbständigen Nahrungsaufnahme, Anregung des Appetits).

Eine fachgerechte Hautpflege wird durchgeführt. Seifen sollten möglichst nur bei groben Verschmutzungen
eingesetzt werden. Werden Seifen oder andere Waschzusätze benutzt, sollte mit klarem Wasser nachgewaschen
werden. Bei trockener Haut sollten keine Seifen eingesetzt und nach dem Waschen sollte die Haut nachgefettet
werden. In der Regel eignen sich hierzu W/O-Präparate (Wasser-in-Öl-Präparate) am besten.

Um die Eigenverantwortlichkeit und Selbstpflegekompetenz der Bewohner zu erhöhen, sind diese über das
Dekubitusrisiko und erforderliche Maßnahmen zu informieren.

Es ist sicherzustellen, dass alle an der Pflege und Betreuung Beteiligten das Dekubitusrisiko und die notwendi-
gen Maßnahmen kennen. Dies setzt voraus, dass in der Pflegedokumentation alle erforderlichen Informationen
nachvollziehbar hinterlegt sind.

Die Fragen zur Dekubitusprophylaxe und zur Dekubitustherapie können bei einem Bewohner mit einem beste-
henden Dekubitus beide zutreffen.

Literatur:

- Deutsches Netzwerk zur Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) 2002: Expertenstandard Dekubitusprophy-
laxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück.
MDS (2001) Grundsatzstellungnahme Dekubitusprophylaxe und Therapie. Essen.
Bienstein C et al. (Hrsg.) (1997): Dekubitus. Die Herausforderung für Pflegende. Stuttgart, New-York.
Neander KD (2004): Dekubitusprophylaxe. Der Expertenstandard und die Praxis. Hannover.
Phillips J (2001): Dekubitus und Dekubitusprophylaxe. Bern et al.
KDA (2002): „Do’s“ und „Don’ts“ in der Dekubitusprophylaxe. Neueste Erkenntnisse der Dekubitusprophylaxe
in der Pflege. Praktische Empfehlungen zum Nationalen Expertenstandard. Pro Alter, Sonderdruck. Köln.

	ja	nein	t.n.z.	E.
16.2 Wird bei vorliegendem Dekubitus mit dieser Situation sachgerecht umgegangen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Ort und Zeitpunkt der Entstehung des Dekubitus sind nachvollziehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. Ressourcen/Fähigkeiten und Probleme/Defizite erkannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. differenzierte Wunddokumentation (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. ärztliche Anordnungen erkennbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e. Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
f. Wundbehandlung erfolgt unter Einhaltung von Hygienegrundsätzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
g. Umsetzung des Bewegungsplanes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
h. Einsatz von Hilfsmitteln sachgerecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
i. die Durchführung der Maßnahmen nachvollziehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
j. Auswertung der Nachweise (z.B. Bewegungsplan, Wunddokumentation) mit erforderlicher Anpassung der Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
k. Information Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Als Dekubitus wird jede Läsion bezeichnet, die durch länger anhaltenden Druck, eventuell unterstützt durch Scherkräfte und Reibung, das Gewebe und/oder die oberflächliche Haut verletzt. Dekubitalgeschwüre sind chronische Wunden mit einem gestörten oder verzögerten Heilungsprozess.

Bei vorliegendem Dekubitus wird die Entstehung, der Verlauf, und die Behandlung nachvollziehbar dokumentiert:

- Lokalisation
- Stadium des Druckgeschwürs
- Größe (Länge, Breite und Tiefe)
- Taschenbildung
- Beschreibung der Wundheilungsphasen der Wundränder und der Wundumgebung.

Die Beschreibung des Dekubitus kann mit Hilfe gängiger Stadieneinteilungen (z.B. nach Seiler) und ergänzender konkreter Beschreibungen erfolgen. Hierzu kann ggf. ein spezielles Dokumentationsblatt herangezogen werden.

Vorhandene Ressourcen/Fähigkeiten und Probleme/Defizite des Bewohners, vor allem im Bereich der Mobilität sowie Ernährung sind zu erfassen und in den Pflegeprozess einzubeziehen.

Neben der Wunddokumentation ist der gesamte Gesundheitszustand des Patienten zu erfassen (Grunderkrankung, Dekubitusrisikoerhebung, Ernährungsstatus, Medikamente, Schmerzerhebung, Störfaktoren der Wundheilung z.B. schlechte oder fehlende Hautdurchblutung, Wundinfektion, reduzierter Allgemeinzustand, unzureichende Ernährung). Erforderliche Maßnahmen müssen unverzüglich eingeleitet werden.

Die Dekubitusversorgung erfolgt nach den aktuellen medizinisch-pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen und nach ärztlicher Anordnung. Sie gliedert sich in zwei Teile, die Allgemein- und die Lokaltherapie. Dabei sollten die Prinzipien der lokalen Druckentlastung und therapeutischen Lagerung, Nekrosenentfernung, Wundreinigung, Diagnostik und ggf. Behandlung der Lokalinfektion, physiologischer Wundverband, Beseitigung sowie Behandlung von Risikofaktoren berücksichtigt.

Die Einhaltung von hygienischen Maßstäben bei der Versorgung ist unabdingbar.

Es folgt eine kontinuierliche Evaluierung des Heilungsprozesses mit ständiger Ergebnisbeurteilung und Anpassung der Therapiemaßnahmen.

Die Einhaltung von Hygienegrundsätzen und die Durchführung der Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Anordnung wird nach Möglichkeit in Augenschein genommen oder es erfolgt eine Prüfung der vorhandenen Materialien und ein Gespräch mit den Pflegemitarbeitern.

Das Kriterium „Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens“ kann auch mit ja beantwortet werden, wenn die Pflegeeinrichtung den Arzt nachweislich darüber informiert hat, dass die Behandlung nicht dem aktuellen Stand des Wissens entspricht und der Arzt seine Anordnung nicht angepasst hat.

Literatur:

Deutsches Netzwerk zur Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) 2002: Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück.

MDS (2001) Grundsatzstellungnahme Dekubitusprophylaxe und Therapie. Essen.

Bienstein C et al. (Hrsg.) (1997): Dekubitus. Die Herausforderung für Pflegende. Stuttgart, New-York.

Phillips J (2001): Dekubitus und Dekubitusprophylaxe. Bern et al.

Robert-Koch-Institut (2002). Dekubitus. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 12. Berlin.

	ja	nein	t.n.z.	E.
16.3 Wird bei Bewohnern mit Inkontinenz (ohne Blasenkatheter) mit dieser Pflegesituation sachgerecht umgegangen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Ressourcen/Fähigkeiten und Probleme/Defizite erkannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. geeignete Ziele und erforderliche Maßnahmen geplant (z.B. Kontinenztrainingsplan, Miktionsprotokoll, Einsatz von Hilfsmitteln, Personeller Hilfebedarf z.B. beim Aufsuchen der Toilette, Hautinspektion, Beratung der Bewohner bzw. ihrer Angehörigen hinsichtlich Risiken und Maßnahmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. Einsatz von Hilfsmitteln sachgerecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Durchführung der Maßnahmen nachvollziehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e. Auswertung der Nachweise (z.B. Bilanzierungsprotokoll, Miktionsprotokoll) mit erforderlicher Anpassung der Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
f. Information Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Inkontinenz ist ein Symptom, dessen Ursache medizinisch abgeklärt werden sollte.

Geeignete Inkontinenzprodukte werden bedarfsgerecht eingesetzt.

Erforderliche Pflegemaßnahmen werden unter Berücksichtigung der Prinzipien der aktivierenden Pflege geplant, durchgeführt und dokumentiert. Nach Möglichkeit werden Toilettengänge individuell geplant und durchgeführt.

Insbesondere bei Stress-, Drang- und gemischter Inkontinenz ist ein Kontinenztraining (auch Toilettentraining) indiziert. Wirkungslos ist dieses Training bei schweren Sphinkterdefekten (z.B. permanentes Urinröpfeln nach Prostatektomie) und bei einer Überlaufblase mit ständigem Tröpfeln.

„Bei Pflegeheimbewohnern konnte gezeigt werden, dass ein Toilettentraining (...) selbst bei funktionell schwer beeinträchtigten geriatrischen Patienten signifikant die Schwere (Frequenz, Volumen) der Harninkontinenz reduzieren kann. 40 % dieser Betroffenen sprechen auf ein Toilettentraining gut an.“

Mit Hilfe eines Miktionsprotokolls (auch Miktionsschema, Erfassungsblatt, Miktionsstundenplan) können der Typ, das Ausmaß und die Häufigkeit einer Inkontinenz ermittelt werden. Das Miktionsprotokoll muss mindestens über einen Zeitraum von 3–5 Tagen bis hin zu mehreren Wochen geführt werden. Ziel ist es, dass Bewohner, Pflegekräfte und ggf. Angehörige registrieren, wann die Blase entleert und welche Harnmenge dabei jeweils ausgeschieden wird. Dabei ist auch zu erfassen, ob der Bewohner zum Zeitpunkt der eigentlichen Miktion bereits nass oder noch trocken war. Hat der Bewohner bereits vorab Urin verloren, ist zu dokumentieren, ob dies durch besondere Umstände (nicht beherrschbarer Harndrang, Husten, Niesen etc.) verursacht wurde. Das Miktionsprotokoll gibt eine Fülle an Informationen über die Blasenentleerungsverhältnisse und dient den folgenden Zielen:

- Ermitteln des vorliegenden Inkontinenztyps
- Individualisieren des Toilettentrainings und
- Feedback für den Bewohner über den Fortschritt seiner Bemühungen.

Die Morgenmiktions gibt Aufschluss über die nächtliche Blasenkapazität. Sie kann in der Regel bei 350–400 ml liegen und während des Tages können nur noch kleinere Mengen von 50-150 ml Urin ausgeschieden werden. Das Miktionsschema enthält in der Regel folgende Angaben: Name des Patienten, Datum und Spalten für die jeweilige Stundenfrequenz.

Im stationären Bereich sollte ein Miktionsprotokoll mit einer zweistündigen Beobachtungsdokumentation beginnen. Es sollte dokumentiert werden, ob der Bewohner „nass“ oder „trocken“ ist. Der Bewohner wird dann alle zwei Stunden zum Wasserlassen angehalten und das Ergebnis wird notiert. Daraus kann das Schema der Blasenentleerung ermittelt werden und es kann gleichzeitig festgestellt werden, ob Toilette/Nachtstuhl/Urinflasche schnell genug erreichbar sind, ob Bett-/Sessel- oder Stuhlhöhe die Mobilität des Bewohners behindern und ob der Bewohner seine Kleidung schnell genug öffnen kann. Ideal ist es, wenn parallel zu den Ausscheidungen des Bewohners auch die getrunkene Flüssigkeitsmenge vermerkt wird. Berücksichtigt werden muss, ob der Bewohner Diuretika oder andere Medikamente bekommt, die die Harnproduktion beeinflussen. Ein Miktionsprotokoll ist die Voraussetzung für ein funktionierendes individuelles Kontinenztraining.

Ein Kontinenztraining (auch Toilettentraining) erfordert individuelle Betreuung bzw. Pflege und die Zusammenarbeit des Personals in der Einrichtung. Die Harnblase sollte wenn möglich, so trainiert werden, dass sie sich zu bestimmten Zeiten entleert. Dies wird individuell sehr unterschiedlich sein.

Es gibt zwar verschiedene Formen des Kontinenztrainings (nach individuell ermittelten Miktionszeiten; nach festen Zeiten; als angebotener Toilettengang). Vor dem Hintergrund der vom Pflegeversicherungsgesetz geforderten aktivierenden und individuellen Pflege sollte das Kontinenztraining nach dem individuellen Rhythmus des Bewohners durchgeführt werden. Ein solches individuelles Training ist auch bei dementen oder vergesslichen Bewohnern möglich. Nach Ermittlung der individuellen Miktionszeiten sind Regelmäßigkeiten anhand des Miktionsprotokolls festzustellen. Nun kann mit dem Training begonnen werden. Eine halbe Stunde vor der ermittelten individuellen Miktionszeit sollte der Bewohner zur Toilette geführt werden. Ziel des Trainings ist die größtmögliche Selbständigkeit und die Reduzierung der Inkontinenz. Auch wenn damit nicht (immer) eine vollständige Kontinenz erreicht werden kann, kann die Lebensqualität der Bewohner durch eine Reduzierung der harninkontinenten Episoden, z.B. am Tag, gesteigert werden. Eine adäquate Hilfsmittelversorgung sollte ergänzend durchgeführt werden.

Eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr wird sichergestellt. Das Kontinenztraining sollte durch ein auf die Inkontinenz abgestimmtes Trinkverhalten flankiert werden. Die Umgebungsbedingungen (Kleidung, Wege, Orientierung, behindertengerechte Sanitäranlagen etc.) sollten überprüft und bei Bedarf angepasst werden. Ggf. ist ein begleitendes Beckenbodentraining sinnvoll.

Eine fachgerechte Haut- und Intimpflege wird durchgeführt.

Die Frage ist mit t.n.z. zu beantworten, wenn:

- der Bewohner einen Blasenkatheter hat oder
- wenn der Bewohner keine Inkontinenz hat.

Literatur:

- Bienstein C, Zegelin A (Hrsg.) (1995): Handbuch Pflege. Düsseldorf
 Brunen H, Herold E v (2001) Ambulante Pflege. Die Pflege Gesunder und Kranker in der Gemeinde. Bd. 1. Hannover.
 Runge M, Rehfeld G (1995): Geriatrische Rehabilitation im Therapeutischen Team. Stuttgart, New-York.
 Pfisterer M, Kuno E, Müller M et al (1998): Harninkontinenz im Alter. Teil 2. Fortschritte der Medizin 17, 30.
 Wettstein, A (Hrsg.) (1997): Checkliste Geriatrie. Stuttgart, New-York.
 Füsgen I (1997): Inkontinenzmanuel. Diagnostik-Therapie-Rehabilitation. 2. Auflage, Berlin.
 Pfisterer M et al. (1997): Harninkontinenz im Alter. Teil 2. Fortschritte der Medizin, 17, 28.

	ja	nein	t.n.z.	E.
16.4 Wird bei Bewohnern mit einem Blasenkatheter mit dieser Pflegesituation sachgerecht umgegangen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Ressourcen/Fähigkeiten und Probleme/Defizite erkannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. Begründung für Katheter der Einrichtung bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. geeignete Ziele und erforderliche Maßnahmen geplant (z.B. Wechsel und Pflege des Blasenkatheters, Beratung der Bewohner bzw. ihrer Angehörigen hinsichtlich Risiken, Maßnahmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. Ärztliche Anordnung zum Legen/Wechseln erkennbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Einsatz von Hilfsmitteln sachgerecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
f. Bilanzierungsprotokoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. tägliche Trinkmenge ausreichend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
h. Durchführung der Maßnahmen nachvollziehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
i. Auswertung der Nachweise (z.B. Bilanzierungsprotokoll) mit erforderlicher Anpassung der Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
j. Information Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bei der Informationssammlung bzw. der Pflegeanamnese sind die Ressourcen/Fähigkeiten und die ggf. vorliegenden Pflegeprobleme im Zusammenhang mit der Ausscheidung zu ermitteln, bei der Planung von Maßnahmen zu berücksichtigen und nachvollziehbar zu dokumentieren.

Wenn eine Harnableitung über einen Katheter erfolgt, sollte der Pflegeeinrichtung die Indikation für die Katheteranlage bekannt sein. Die Indikationsstellung zur Anlage eines Blasenkatheters erfolgt durch den Arzt (ggf. urologischen Facharzt). Medizinische Indikationen für einen Katheter können insbesondere sein:

- Überlaufblase
- neurologische Blasenentleerungsstörung mit Restharnbildung
- Flüssigkeitsbilanzierung
- Harnröhrenstriktur
- Harnröhrensteine
- Meatusstenose
- obstruierende Tumoren z.B. Prostata- oder Blasenkarzinom.

In einigen Fällen kommt es vor, dass perioperativ ein Katheter gelegt wird, der postoperativ nicht entfernt wird, so dass der Bewohner mit einem liegenden Blasenkatheter aus dem Krankenhaus entlassen wird und nicht nachvollziehbar ist, ob weiterhin die Indikation für den liegenden Katheter gegeben ist. Insbesondere in solchen Fällen ist eine Klärung mit dem behandelnden Arzt erforderlich. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass ein Katheter immer die Ultima ratio ist.

Alternativ zum Katheter kommt ein sogenanntes Kondomurinal in Frage, bei dem es zu keiner Harnröhrentraumatisierung kommt. Da es bisher nicht gelungen ist, ein sicher haltendes Urinal für Frauen zu entwickeln, wird das Kondomurinal lediglich bei Männern eingesetzt. Es darf aber in diesem Fall keine Überlaufinkontinenz vorliegen, sondern die Blase muss sich kontinuierlich entleeren können.

Bei transurethralen Kathetern wird zwischen Latexkathetern und silikonbeschichteten bzw. Vollsilikonkathetern unterschieden. Latexkatheter begünstigen aufgrund ihrer rauen Oberfläche Inkrustationen und Irritationen der Uretra. Sie sollten daher nur verwendet werden, wenn eine Latexallergie ausgeschlossen ist und eine Kurzzeitdrainage (≤ 5 Tage) vorgesehen ist. Silikon besitzt im Vergleich zu allen anderen Kathetermaterialien die vergleichsweise größte Biokompatibilität und –stabilität. Die weichen und elastischen Eigenschaften mit der extrem glatten Oberfläche bedingen eine gute Akzeptanz und geringe Inkrustationsneigung. Bei einer längerfristigen Harndrainage (> 5 Tage) sollten daher Vollsilikonkatheter verwendet werden.

Um das Risiko von katheterassoziierten nosokomialen Harnwegsinfekten zu minimieren, sollten folgende Prinzipien eingehalten werden:

- sorgfältige Indikationsstellung durch den Arzt (ggf. urologischen Facharzt)
- Auswahl des richtigen Katheters (Silikon, vorzugsweise suprapubisch)
- aseptische, sachkundige Technik und sterile Arbeitsmittel
- geschlossenes Harndrainagesystem
- Diurese ≥ 2 l/Tag
- individualisierte Katheterwechselintervalle
- Entfernung des Katheters zum frühestmöglichen Zeitpunkt.

Transurethrale Blasenkatheter können durch Pflegefachkräfte gelegt werden. Der jeweilige Wechsel des Blasenkatheters erfolgt nach ärztlicher Anordnung in individuell festgelegten Abständen. Die Katheterisierung ist aseptisch möglichst mit Hilfe eines Katheterisierungssets durchzuführen. Dabei sind sterile Handschuhe, steriles Abdeckmaterial, sterile Tupfer, ggf. eine sterile Pinzette, ein Schleimhautantiseptikum und steriles Gleitmittel zu verwenden.

Das Risiko traumatischer oder entzündlicher Harnröhrenkomplikationen wächst mit dem Außendurchmesser des Katheters. Die Katheterstärke sollte daher 18 Charrière nicht übersteigen. Nur bei genügendem Raum zwischen Urethralschleimhaut und Katheter kann entstehendes Sekret leicht abfließen.

Um eine Spontanentblockung bei längeren Liegezeiten des Katheters zu vermeiden, sollte statt Aqua dest. eine sterile 8-10%ige Glycerinlösung verwendet werden. Physiologische Kochsalzlösungen und andere kristalloide Lösungen können den Blockkanal inkrustieren und verkleben und ein späteres Entblocken behindern. Sofern nicht aufgrund von Agitiertheit oder Demenz eine unbeabsichtigte Katheterentfernung zu befürchten ist, reicht eine Ballonfüllung von 5-10 ml aus.

Katheterstärke und Blockungsvolumen sind zu dokumentieren.

Die Liegedauer eines Katheters hängt von den Materialeigenschaften, der Diurese, von Infektionen, Inkrustationen und Verschmutzung ab. Katheter sollten nicht routinemäßig in festgelegten Intervallen ausgetauscht werden, sondern bei Bedarf nach individuellen Gesichtspunkten, da die Länge der Intervalle bewohnerabhängigen Schwankungen unterliegt. Ein Katheter muss nicht gewechselt werden:

- solange ein freier Urinabfluss und klarer Urin gewährleistet sind
- wenn keine lokalen/systemischen Infektzeichen vorliegen
- wenn der Bewohner beschwerdefrei ist.

Das als sogenannte Blasentraining angewandte intermittierende Abklemmen des Katheters zur Steigerung der Blasenkapazität bzw. zur Herstellung eines normalen Miktionsrhythmus ist unnötig und kann zu Infektkomplikationen führen.

Der intermittierende Einmalkatheterismus kommt insbesondere bei Menschen mit Querschnittslähmungen und damit einhergehenden Blasenentleerungsstörungen zur Anwendung. Auch hier hat die Katheterisierung grundsätzlich aseptisch zu erfolgen.

Legen, Wechseln und Entfernen suprapubischer Blasenkatheeter sind ärztliche Aufgaben. Suprapubische Katheter werden durch die Bauchdecke eingebracht, z.T. mit einer kleinen Hautnaht und/oder in der Blase geblockt. Nach Empfehlungen des Robert-Koch-Institutes sollte der suprapubische Blasenkatheeter bei einer Katheterdrainage von > 5 Tagen bevorzugt werden. Vorteile des suprapubischen Blasenkatheeters sind:

- katheeterbedingte traumatische oder entzündliche Komplikationen der Harnröhre, Prostata und Nebenhoden werden vermieden
- Harnwegsinfekte/Problemkeime treten im Vergleich zum transurethralen Blasenkatheeter später/seltener auf
- Spontanmiktions ist möglich und die Wiederherstellung einer normalen Spontanmiktions kann schneller erfolgen
- es besteht eine geringere subjektive Belästigung des Betroffenen.

Zusammenfassend gilt bei der Wahl des Kathetermaterials und der Form der Katheteranlage demnach:

- Silikonkathetern ist der Vorrang vor Latexkathetern zu geben
- Latexkatheter allenfalls für einen Zeitraum ≤ 5 Tagen verwenden
- suprapubische Katheter bei Zeiträumen von > 5 Tagen verwenden (wenn keine Kontraindikation besteht)
- silikonbeschichtete oder Vollsilkonkatheter bei Zeiträumen von > 5 Tagen verwenden, wenn ein suprapubischer Katheter nicht möglich ist.

In der Literatur finden sich unterschiedliche Anforderungen zur Abdeckung der Punktionsstelle eines suprapubischen Katheters. Für die ersten 2-3 Tage wird einheitlich von einer sterilen Wundabdeckung ausgegangen. Im Anschluss daran erscheint bei reizloser Punktionsstelle ein Wechsel der Abdeckung im Abstand von 2-3 Tagen ausreichend, bei unauffälligem Verlauf kann ggf. auf eine Abdeckung verzichtet werden. Eine regelmäßige Inspektion der Punktionsstelle ist erforderlich. Bei Infektion der Punktionsstelle ist ein Verband sinnvoll.

Mit der für eine Blasenspülung erforderlichen Öffnung des geschlossenen Harn drainagesystems ist das Risiko einer nosokomialen Harnwegsinfektion verknüpft. Eine relevante Keimreduktion kann mit der Blasenspülung nicht erreicht werden. Auch lassen sich Katheterinkrustationen durch Blasenspülungen nicht zuverlässig vermeiden. Blasenspülungen zur Infektionsprophylaxe sind daher zu unterlassen. Die Irrigation der Harnblase mit Antiseptika kann aufgrund toxikologischer Gesichtspunkte nicht empfohlen werden und die lokale Applikation systemisch anwendbarer Antibiotika ist obsolet. Lediglich bei Pilzinfektionen kann eine Indikation zur Instillation antifungaler Substanzen bestehen. Eine Keimreduktion kann durch Steigerung der täglichen Trinkmenge auf 2-3 Liter durch den damit verbundenen Verdünnungs- und Spüleffekt erreicht werden. Ggf. kann durch Anwendung von Acimethin eine Verstopfung oder Inkrustation vermieden werden.

Unabhängig von der Katheteranlage sind sterile, geschlossene Ableitungssysteme zu verwenden. Diskonnektionen sind möglichst zu vermeiden. Ist eine Diskonnektion erforderlich, ist die Konnektionsstelle zuvor per Wischdesinfektion mit einem alkoholischen Präparat zu desinfizieren. Die erneute Verbindung zwischen Katheter und Ableitungssystem darf nur nach Sprüh- und Wischdesinfektion mit einem alkoholischen Präparat erfolgen.

Die Reinigung des Genitals erfolgt mit Wasser und Waschlotion ohne Zusatz antiseptischer Substanzen im Rahmen der normalen Körperpflege ein bis zweimal täglich. Dabei ist jeder Zug am Katheter zu vermeiden, Einmalhandschuhe (nicht steril) sind zu tragen. Inkrustationen an der Harnröhrenöffnung können mit H₂O₂ (3 %ig) getränkten Mullkompressen oder Gazetupfern schonend beseitigt werden. Auf perineale Hygiene ist zu achten. Vor und nach jeder Manipulation am Blasenkatheter oder Drainagesystem ist eine hygienische Händedesinfektion erforderlich.

Bei der Planung der Maßnahmen wird der Bewohner über mögliche Risiken und Alternativen informiert. Je nach Bedarf und Möglichkeit des Bewohners sollte aufgrund der gegebenen Risiken im Rahmen der Evaluation der Pflegemaßnahmen gemeinsam mit dem behandelnden Arzt überprüft werden, ob eine Katheterversorgung weiterhin erforderlich ist oder ob sich ggf. Alternativen anbieten.

Das Kriterium „Ärztliche Anordnung zum Legen/Wechseln erkennbar“ ist mit „t.n.z.“ zu beantworten, wenn der Arzt den Katheter selbst legt und wechselt.

Literatur:

- Menche N, Bazlen U, Kommerell T (Hrsg.) (2001): Pflege heute. 2. Auflage. München, Jena, 1127-1133.
 Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (1999): Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle Katheter-assoziiierter Harnwegsinfektionen. Mitteilungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektprävention am Robert-Koch-Institut. Bundesgesundheitsblatt, 42, 806-809.
 Piechota HJ, Pannek J (2003): Katheterdrainage des Harntraktes. Stand der Technik und Perspektiven. Der Urologe, 42, 1060-1069.
 Pichota HJ (2000): Katheterdrainage der Harnblase heute. Deutsches Ärzteblatt, 97, 4, A168-174.
 Ackermann DK (2002): Praktische Hinweise zur Einlage eines Blasenkatheters. Schweizer Medizin Forum, 27, 655-659.
 Länder-Arbeitskreis zur Erstellung von Hygieneplänen nach § 36 IfSG (Hrsg.) (2003): Rahmen-Hygieneplan für ambulante Pflegedienste. o.O.

	ja	nein	t.n.z.	E.
16.5 Wird bei Bewohnern mit einem Sturzrisiko mit dieser Pflegesituation sachgerecht umgegangen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Ressourcen/Fähigkeiten erkannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. systematische Risikoerkennung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. geeignete Ziele und erforderliche Maßnahmen geplant (z.B. sichere Umgebung, Beleuchtung, Möbel, Schuhe, ggf. zusätzliche Kontrollgänge, Übungen zur Steigerung der Kraft und Balance, Einsatz geeigneter Hilfsmittel, Beratung der Bewohner bzw. ihrer Angehörigen hinsichtlich Risiken und Maßnahmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. Einsatz von Hilfsmitteln sachgerecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Nachweis von Sturzereignissen nachvollziehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Durchführung der Maßnahmen nachvollziehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
g. Auswertung der Nachweise (z.B. Nachweis zu Sturzereignissen) mit erforderlicher Anpassung der Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
h. Information Hausarzt und Pflegekasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Jeder Mensch kann stürzen, allerdings nimmt das Sturzrisiko mit dem Lebensalter zu. Viele Bewohner von Alten- und Pflegeheimen haben ein erhöhtes Risiko zu stürzen. Es ist davon auszugehen, dass die Hälfte der Bewohner einmal pro Jahr stürzt, 30 % der Bewohner stürzen mehrmals jährlich und bei 5-10 % kommt es zu schwerwiegenden Verletzungen und Frakturen. Demnach ist der Sturzvermeidung in der stationären Langzeitpflege mit besonderer Aufmerksamkeit zu begeben.

Verschiedene Faktoren die das Sturzrisiko erhöhen, konnten wissenschaftlich identifiziert werden. Ebenso ist nachgewiesen, dass mit der Anzahl der vorliegenden Faktoren das Sturzrisiko deutlich steigt. Bei den Risikofaktoren kann unterschieden werden zwischen den Faktoren, die die sturzgefährdete Person mit sich bringt (intrinsische Faktoren) und solchen Faktoren, die von außen auf die Person einwirken (extrinsische Faktoren) (siehe Frage 13.6).

Die Autoren des Expertenstandards „Sturzprophylaxe“ kommen auf der Basis der gegenwärtigen Forschungslage zu dem Schluss, dass durch die Nutzung eines Assessmentinstruments zur Einschätzung des Sturzrisikos die Vorhersagekraft von Stürzen gegenüber der klinischen Beurteilung durch Pflegefachkräfte nur minimal gesteigert werden kann.

gert werden kann. Gleichzeitig wird deutlich, dass die Berufserfahrung der Pflegekräfte in der Genauigkeit der Sturzrisikobeurteilung eine herausragende Rolle zukommt. Insofern wird empfohlen, alle vorhandenen Sturzrisikofaktoren durch Pflegefachkräfte strukturiert zu identifizieren und, soweit möglich, darauf ausgerichtete Interventionen einzuleiten.

Wichtige Fragen in diesem Zusammenhang sind u.a.:

- Ist der Bewohner fähig, alleine aufzustehen und ohne personelle Hilfe zu gehen?
- Ist der Bewohner im letzten halben Jahr gestürzt?
- Besteht eine Urininkontinenz?
- Besteht eine gravierende Einschränkung der Sehfähigkeit? (Ist Zeitung lesen möglich?)
- Ist das Kurzzeitgedächtnis eingeschränkt?

Zwar können nicht alle Stürze vermieden werden, jedoch können Pflegende durch gezielte Interventionen die Sturzrate der Bewohner verringern. Bei den Interventionen kann unterschieden werden in Interventionsprogramme und gezielte Einzelinterventionen zur Minimierung einzelner Risikofaktoren. Interventionsprogramme umfassen meist:

- Übungen zur Steigerung der Kraft und Balance
- Überprüfung und Anpassung der Medikation
- Verbesserung der Sehfähigkeit und
- Anpassung der Umgebung.

Einzelinterventionen versprechen den größten Erfolg, wenn ein individuelles Interventionsangebot auf der Grundlage einer sorgfältigen Risikoanalyse für jeden Bewohner zusammengestellt wird. Diese Maßnahmen lassen sich aus den Risikofaktoren ableiten und können sein:

- Beratung von Bewohnern und Angehörigen zu Sturzrisiken, Maßnahmen der Sturzprophylaxe und Hilfsmittel
- Modifikation von umgebungsbedingten Sturzgefahren (z.B. Handgriffe, Handläufe, Beleuchtung, Orientierungshilfen, Möbel feststehend, Stühle stabil)
- Balance- und Kraftübungen
- Anpassung der Medikation
- Modifikation von Sehbeeinträchtigungen
- Einsatz von Hilfsmitteln (z.B. Stoppersocken, Gehhilfen, Hüftprotektoren)
- Auswahl der Schuhe
- Anpassung der Ernährung.

Der Zusammenarbeit mit anderen Professionen kommt eine besondere Bedeutung zu. Voraussetzung ist ein Informationsaustausch über Ziele, Vorgehen, Ergebnisse. So können Maßnahmen zur Mobilisation mit Krankengymnasten zusammen geplant werden oder im Bereich der Kraft- und Balancetraining im Rahmen der sozialen Betreuung angeboten werden.

Kommt es zu einem Sturz sollten die Ursachen und Zusammenhänge systematisch (ggf. mit einem Sturzereignisprotokoll) analysiert werden, um geeignete Strategien und Maßnahmen zur zukünftigen Vermeidung zu entwickeln. Bei einer systematischen Auswertung mehrerer Stürze lassen sich häufig identische Entstehungsmuster erkennen und Möglichkeiten zur Vermeidung ableiten.

Literatur:

- Becker C, Lindemann U, Rissmann U (2003): Sturzprophylaxe, Sturzgefährdung und Sturzverhütung in Heimen. Hannover.
- Braamt U, Kramer U (2004): Sturzassessment im Bereich der Gerontopsychiatrie. Die Schwester/Der Pfleger, 4, 287-281.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2004): Arbeitstexte zur 4. Konsensuskonferenz in der Pflege. Thema: Sturzprophylaxe. Osnabrück.
- Downton J H (1995): Wenn alte Menschen stürzen, Ursachen und Risiko Pflege und Prävention. München, Basel.
- Füsgen I (2000): Der ältere Patient. 3. Auflage, München.
- Kuster C (2004): Bodenpflege bei verwirrten Patienten. Die Schwester/Der Pfleger, 4, 274-277.
- Harms K, Winkel S (2001): Erfassung der Pflegekomplikationen Dekubitus und Sturz. Die Schwester/Der Pfleger, 8, 644-648.
- Huhn S (2003): Schwerer Fall. Welche Möglichkeiten zur Sturzprophylaxe Pflegekräfte auf dem Schirm haben sollten. Altenpflege, 9, 46-49.
- Huhn S (2002): Sturzrisiko erkennen und ausschalten. Im Alter Stürzen – auf keinen Fall. Forum Sozialstation, 117, 14.
- Huhn S (2000): Sturz-Risiko-Skala: Was aus dem Tritt bringt. Forum Sozialstation, 106, 46.
- Lord S R, Sherrington C, Menz H B (2001): Falls in older people. Cambridge.
- Morse J M (1997): Preventing patient falls. Thousand Oaks, California.
- Purvis G (1998): Fall and Fall Prevention. Handbook of Geriatric Nursing Care. Springhouse.
- Runge M (1998): Gehstörungen, Stürze, Hüftfrakturen. Darmstadt.
- Runge M, Rehfeld G (2001): Mobil bleiben – Pflege bei Gehstörungen und Sturzgefahr, Vorsorge Schulung Rehabilitation. Hannover.
- Rentelen-Kruse W, Krause T (2004): Sturzereignisse stationärer geriatrischer Patienten. Ergebnisse einer 3-jährigen prospektiven Erfassung. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 1, 9-14.
- Tideiksaar R (1998): Stürze und Sturzprävention. Deutschsprachige Ausgabe von Prof. Dr. Theo Dassen. Bern et al.
- Warnke A (2002). Prävention von Hüftgelenksfrakturen durch externen Hüftschutz. Lage. BGH-Urteil vom 28.04.2005-III ZR 399/04.

	ja	nein	l.n.z.	E.
16.6 Wird bei Kontrakturgefahr mit dieser Pflegesituation sachgerecht umgegangen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. <i>Ressourcen/Fähigkeiten und Probleme/Defizite erkannt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. <i>geeignete Ziele und erforderlichen Maßnahmen geplant (z.B. Lagerungs- und Bewegungsplan, aktive und passive Bewegungsübungen, Einsatz geeigneter Hilfsmittel, Beratung der Bewohner bzw. ihrer Angehörigen hinsichtlich Risiken und Maßnahmen)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. <i>Einsatz von Hilfsmitteln sachgerecht</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. <i>Durchführung der Maßnahmen nachvollziehbar</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e. <i>Auswertung der Nachweise</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
f. <i>Information Hausarzt und Pflegekasse</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. <i>haut- und gewebeschonende Lagerungs- und Transfertechniken werden angewendet</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Eine Kontraktur ist immer Folge mangelnder Bewegung des betroffenen Gelenks. Eine Reihe von Ursachen kann dazu führen, dass der Bewohner die Gelenke nicht mehr bewegt, z.B. bei:

- Immobilität, Bettlägerigkeit
- Inaktivität (z.B. durch Extension oder Gips)
- Lähmungen und andere neurologische Erkrankungen
- Schonhaltung bei chronischen Schmerzen
- Pflege- und Behandlungsfehler, hier insbesondere die Entstehung eines Spitzfußes.

Es gibt verschiedene Formen von Kontrakturen:

- Beugekontrakturen
- Streckkontrakturen (z.B. mit Spitzfußstellung)
- Abduktionskontrakturen
- Adduktionskontrakturen.

Kontrakturen werden auch durch die mit einer dauerhaften Weichlagerung verbundenen Immobilisierung gefördert. Der Spitzfuß entsteht z.B. durch die Dominanz der Beugemuskelatur. Zusätzlich kann das Gewicht der Bettdecke die Spitzfußstellung begünstigen.

Maßnahmen zur Erhaltung der Gelenkbeweglichkeit sind im wesentlichen die physiologische Lagerung, die Mobilisierung und Bewegungsübungen.

Gelenke sollten mindestens drei mal täglich in jeweils drei Wiederholungen bewegt werden, um Kontrakturen zu vermeiden.

Die physiologische Lagerung kann erreicht werden, durch die Positionierung der Gelenke in Mittelstellung mit regelmäßigen Lagewechseln, Vermeidung von Druck z.B. durch die Bettdecke. Bei Patienten mit Halbseitenlähmung verhindert eine Lagerung nach dem Bobath-Konzept das Auftreten von Muskelspasmen und beseitigt so eine Hauptursache späterer Kontrakturen. Als Hilfsmittel zur Kontrakturprophylaxe kommen z.B. Fußstützen, Gumminoppenbälle für Grifftraining und Strickleitern zum Hochziehen in Frage. Beim Einsatz von Hilfsmitteln ist eine einseitige und dauerhafte Anwendung zu vermeiden. Beispielsweise kann eine Knierolle einer Streckkontraktur entgegenwirken, aber durch langandauernden Einsatz eventuell eine Beugekontraktur auslösen. Eine regelmäßige Mobilisation sollte Bestandteil der Kontrakturprophylaxe sein. Des weiteren kann eine angepasste, ausreichende Schmerzmedikation sowie der Einsatz geeigneter Hilfsmittel bei Gangunsicherheit die selbständige Mobilisation verbessern und somit Kontrakturen vorbeugen.

Eine Einschätzung der Situation sollte bei Aufnahme der Versorgung erfolgen sowie regelmäßig im Rahmen der Evaluation der Pflegeplanung, um bei Einschränkungen in der Mobilität sofort prophylaktische Maßnahmen ergreifen zu können.

Nachweise durchgeführter prophylaktischer Maßnahmen müssen sich z.B. in einem Bewegungsplan oder einem Mobilisierungsnachweis finden. Sprechen bei erhöhtem Kontrakturrisiko medizinische oder pflegerische Gründe gegen Lagerung oder Mobilisation, muss dies begründet und nachvollziehbar dokumentiert sein.

Literatur:

KDA (2003) Häusliche Pflege in Balance. Sich bewegen können, II/165, II/166, II/49, Prävention und Prophylaxen II/189. Köln.

	ja	nein	l.n.z.	E.
16.7 Erhält der Bewohner bei Schmerzzuständen ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. <i>Aktuelle, systematische Schmerzeinschätzung (Priorität hat Selbsteinschätzung) liegt für Schmerzen und schmerzbedingte Probleme vor</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. <i>Verlaufskontrolle liegt für Schmerzen und schmerzbedingte Probleme vor</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. <i>Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. <i>Auswertung der Nachweise mit erforderlicher Anpassung der Maßnahmen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e. <i>Information Hausarzt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. <i>Dem Bewohner ist Beratung angeboten worden, um ihn zu befähigen, Schmerzen einzuschätzen, mitzuteilen und zu beeinflussen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Die Frage bezieht sich in erster Linie auf länger andauernde Schmerzzustände.

Bei degenerativen Erkrankungen des Bewegungsapparates, Multimorbidität oder Tumorleiden ist besondere Aufmerksamkeit auf eine Schmerzsymptomatik zu legen. Degenerativen Erkrankungen des Bewegungsapparates, Multimorbidität oder Tumorleiden ist bei Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen Aufmerksamkeit auf eine Schmerzsymptomatik zu legen. Schmerz ist kein „normales Begleitsymptom“ des Altersprozesses. Sinnvoll ist es u. U., bei älteren Menschen nicht direkt nach Schmerzen zu fragen, sondern dem Schmerz verwandte Beg-

riffe bei der Befragung zu nutzen. Untersuchungen haben ergeben, dass ältere Menschen eher die Begleitsymptome wie Schlafstörungen, Lustlosigkeit oder Beeinträchtigung der Alltagsfunktionen benennen können, als auf die Frage zu antworten, „ob Sie Schmerzen hätten“.

Schmerz kann zu erheblichen Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens (wie z.B. Eintritt der Pflegebedürftigkeit, Bettlägerigkeit) führen.

Da es sich beim Schmerz um ein subjektives Phänomen handelt, können nur die Betroffenen im Rahmen der Selbsteinschätzung zuverlässige Aussagen treffen. Es ist keine direkte Beobachtung der Schmerzsymptomatik möglich. Den allgemein anerkannten Leitsatz hat Margo McCaffery 1968 formuliert: „Schmerz ist das, was der Betroffene über die Schmerzen mitteilt, sie sind vorhanden, wenn der Patient mit Schmerzen sagt, dass er Schmerzen hat.“

Ziel des pflegerischen Schmerzmanagements ist die größtmögliche Minderung der Schmerzintensität, um z.B. eine Verbesserung der Befindlichkeit, der Beweglichkeit und der Schlafqualität zu bewirken. Die Vorbeugung von Schmerzen stellt ein weiteres wichtiges Ziel dar. Pflegefachkräfte haben auf Grund ihres engen und häufigen Kontaktes zu den Bewohnern die Schlüsselrolle für ein gelungenes Schmerzmanagement. Personelle Kontinuität sowie eine aktive Kooperation mit den behandelnden Ärzten sind für eine angemessene Vorgehensweise ebenso Grundvoraussetzung, wie eine systematische Schmerzeinschätzung durch den Bewohner und eine lückenlose Verlaufsdarstellung. Die nachfolgenden Kriterien sollten bei einer systematischen Schmerzeinschätzung berücksichtigt werden.

Kriterium	Bedeutung	Methode
Schmerzlokalisierung	Gibt Aufschluss über die Schmerzentstehung (Chapman u. Syrjala 2001) verbessert den Informationsaustausch zwischen Pat. Und Therapeuten/Pflegenden (Carr, Ec 1997)	Pat. zeigt selbst auf schmerzende Körperregion(en) oder trägt Schmerz in Körperskizze ein (Schmerzereinschätzung McCaffery, Brief Pain Inventory [BPI])
Schmerzintensität	Grundlage für Einleitung bzw. Anpassung pharmakologischer Schmerztherapie; gibt Aufschluss über Verlauf/Therapieerfolg (WHO 1996; Wulf et. Al. 1997)	Pat. schätzt Schmerzintensität anhand von standardisierten Schmerzskaalen ein (NRS, VAS, VRS) – mögl. Parameter: SI in Ruhe und bei Bewegung SI jetzt, SI stärkster Schmerz, SI durchschnittl. Schmerz, SI geringster Schmerz
Schmerzqualität	Gibt Aufschluss über Schmerzentstehung; wichtige Grundlage für die Auswahl der Schmerzmedikamente bzw. Co-Analgetika (McCaffery, M. u. Pasero 1999)	Pat. zuerst in eigenen Worten den Schmerz beschreiben lassen; hat der Pat. Schwierigkeiten bei der Beschreibung, können Wörter vorgegeben werden (McCaffery, M. u. Pasero 1999) (z. B. Auszug Fragebogen DGSS, McGill, Pain Questionnaire)
Zeitliche Dimension (1. Auftreten, zeitl. Verlauf, Rhythmus)	Wichtige Merkmale von Schmerz; z.B. erstes Auftreten > 6 Monate ist ein Indikator für Chronifizierung, wichtig für Pflegeplan (Tagesablauf und Medikamenteneinnahme bzw. non-pharmakol. Interventionen planen)	„Wann sind diese Schmerzen das erste Mal aufgetreten?“ „Sind diese Schmerzen zu manchen Zeiten schlimmer oder besser im Verlaufe des Tages oder der Nacht oder an bestimmten Tagen im Monat?“ (McCaffery, M u. Pasero 1999)
Verstärkende und lindernde Faktoren	Wichtig für Pflegeplanung, um Faktoren, die schmerzverstärkend sind, zu meiden und bewährte Maßnahmen fortzuführen sowie Lösungsstrategien zu entwickeln	Pat. befragen, beobachten, ggf. Familie einbeziehen
Auswirkungen auf das Alltagsleben	Wichtig für die Pflegeplanung und Evaluation der Schmerztherapie; gibt Aufschluss über den Umgang mit Schmerzen	Pat. befragen, beobachten, ggf. Familie einbeziehen (Brief Pain Inventory)

Zitiert aus: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2004): Expertenstandard pflegerisches Schmerzmanagement, Schmerzeinschätzung: Kriterien, Bedeutung, Erhebungsmethoden. Osnabrück, 37.

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege empfiehlt für die Erhebung des Schmerzmanagements die nachfolgenden Skalen:

- Numerische Rating Skala (NRS; 0-10)
Als Ziel der Bemühungen eines angemessenen Schmerzmanagement ist Schmerzfreiheit oder der Cut-Off-Punkt auf 3/10 festgelegt worden. Grundsätzlich ist aber das Selbstbestimmungsrecht des Bewohners zu berücksichtigen und das Therapieziel gemeinsam zu vereinbaren.
- Wong-Baker-Faces-Rating-Scale
Anwendung bei Personen mit kognitiven Einschränkungen oder bei Kindern.

Die erhobenen schmerzrelevanten Daten müssen zeitnah und lückenlos dokumentiert werden. Zu den Aufgaben von Pflegefachkräften gehört die Informationsweitergabe der ermittelten schmerzbedingten Faktoren an den behandelnden Arzt. Des weiteren gehört zu den pflegerischen Aufgaben die Beobachtung der Wirkung verordneter Schmerzmittel sowie die Feststellung, ob die vorgegebenen Zeitintervalle für die Medikamentengabe ausreichend sind. Die Beobachtungen und Feststellungen werden in der Verlaufskontrolle schriftlich fixiert und in der Pflegeplanung mit aufgenommen.

Das Kriterium „Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens“ kann auch mit ja beantwortet werden, wenn die Pflegeeinrichtung den Arzt nachweislich darüber informiert hat, dass die Behandlung nicht dem aktuellen Stand des Wissens entspricht und der Arzt seine Anordnung nicht angepasst hat.

Literatur:

Carr E (1997): Evaluating the use of pain assessment tool and care plan: a pilot study. Journal of Advanced Nursing 26, 6, 1073-9.
 Chapman C, Syrjala K (2001): Measurement of pain. In Loeser J D et al. 2001: Bonica’s management of pain. Hong Kong, Sydney, Tokyo, 310 ff..
 Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (Hrsg.) (2004): Expertenstandard pflegerisches Schmerzmanagement. Osnabrück.
 McCaffery M, Beebe A und Latham, J (1997): SCHMERZ: Ein Handbuch für die Pflegepraxis. Übersetzer Villwock U HG, Osterbrink J, VOL. 1 Berlin, Wiesbaden, 12.
 McCaffery M, Pasero C (1999): Pain Clinical Manual. 2nd edition ed. St Louis.
 Menche N (Hrsg.) (2004). Pflege heute, München, 472 ff.
 WHO (1996): Cancer pain relief: with a guide to opiod availability. Zweite Auflage ed. Geneva: World Health Organisation.
 Wulf H, Neugebauer E, Maier C (1997): Die Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen: Empfehlungen einer interdisziplinären Expertenkommission. Stuttgart, New York.

	ja	nein	l.n.z.	E.
16.8 Wird bei Bewohnern mit Einschränkungen in der selbständigen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme mit dieser Pflegesituation sachgerecht umgegangen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Ressourcen/Fähigkeiten erkannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. systematische Risikoerkennung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. geeignete Ziele und erforderlichen Maßnahmen geplant (z.B. Angaben zur Nahrungs- und Trinkmenge, individuelle Gewichtskontrollen, Einsatz geeigneter Hilfsmittel, Berücksichtigung individueller Besonderheiten, Vorlieben, Abneigungen, Diäten, Unverträglichkeiten, Berücksichtigung zeitlicher Zusammenhänge Insulininjektion und Nahrungsaufnahme, Beratung der Bewohner bzw. ihrer Angehörigen hinsichtlich Risiken und Maßnahmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. Einsatz von Hilfsmitteln sachgerecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Nahrung angemessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
f. Trinkmenge angemessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
g. Durchführung der Maßnahmen nachvollziehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
h. Auswertung der Nachweise (z.B. Nachweis zu Trinkprotokolle) mit erforderlicher Anpassung der Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
i. Information Hausarzt und Pflegekasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Einschränkungen in der Fähigkeit zur selbständigen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme werden erkannt.

Um ältere Menschen hinsichtlich ihrer Ernährung einschätzen zu können, sollten insbesondere psychische, physische und sozioökonomische Faktoren, die auf die Ernährung Einfluss nehmen sowie frühere Essgewohnheiten ermittelt und Beobachtungen berücksichtigt werden. Z.B. sind in manchen Fällen Verwirrheitszustände das Ergebnis von Mangelernährung. Desorientierte Menschen können sich häufig nicht daran erinnern, wann und was sie zuletzt gegessen bzw. getrunken haben, so dass sie entweder zu häufig oder gar nicht essen oder trinken. Physische Faktoren wie z.B. eine schlecht sitzende Zahnprothese, Schluckstörungen, Verdauungsstörungen oder Inkontinenz haben Auswirkungen auf die Ernährungssituation. Die Einschätzung der früheren Essgewohnheiten ist für die Beurteilung der Ernährungssituation erforderlich, z.B. ob der Appetit des Bewohners sich verändert hat. Insbesondere Gewichtsverlaufsmessungen (mindestens einmal monatlich, bei akuten Ereignissen ggf. häufiger) sind erforderlich. Bei vorliegenden Risiken für Mangelernährung und Dehydratation (insbesondere Demenz, Immobilität u.ä.) werden Assessmentinstrumente (z.B. MNA) angewandt oder es wird auf anderem Wege eine systematische Risikoerkennung gewährleistet. Zur Beurteilung der Körpergröße kann als Orientierung die Angabe aus dem Personalausweis genutzt werden. Alternativ sind bei nicht stehfähigen Pflegebedürftigen näherungsweise Bestimmungen der Armspannweite oder Berechnungen auf Basis der Kniehöhe möglich.

Spätestens bei bedeutenden Gewichtsverlusten (z.B. 5% in einem Monat, 7,5% in 3 Monaten) oder bei Feststellung einer Unterernährung (Body Maß Index – BMI von $< 18,5 \text{ kg/m}^2$) sind spezielle Interventionen erforderlich. Solche Situationen sollten nach Möglichkeit jedoch durch prophylaktische Maßnahmen vermieden werden.

Erforderliche und geeignete Trink- sowie Esshilfen werden eingesetzt. Z.B. ist eine Schnabellasse für Bewohner mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen häufig ungeeignet, da die Flüssigkeit ungehindert in Mund und Rachen fließen kann.

Die erforderliche Menge für Flüssigkeitsaufnahme und Ernährung wird, ggf. in Kooperation mit dem Hausarzt, festgelegt (z.B. Trinkmenge in ml und Nahrungsmenge in Kalorien, insbesondere bei Sondenernährung).

Schätzungen für den Gesamtenergiebedarf älterer Personen liegen zwischen dem 1,5- und dem 1,75fachen des Grundumsatzes. Bei vollständig immobilen Personen liegt der Gesamtenergiebedarf beim 1,2fachen des Grundumsatzes.

Nach einer Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (2000) hat eine Frau mit ≥ 65 Jahren (158 cm, 55 kg) einen durchschnittlichen täglichen Energiebedarf von 1.800 kcal und ein Mann (169 cm, 68 kg) von 2.300 kcal.

Insgesamt ist darauf hinzuweisen, dass alle genannten Schätzungen des Energiebedarfs lediglich der groben Orientierung dienen können, da enorme individuelle Unterschiede bestehen können. Insbesondere Menschen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen mit einem gesteigerten Bewegungsdrang haben einen deutlich erhöhten Energiebedarf. Ein praktischer Ansatz zur Beurteilung des Energiebedarfs eines Individuums besteht daher darin, unter kontrollierten Bedingungen die aufgenommene Energiemenge derart anzupassen, dass das Körpergewicht bei üblicher Aktivität konstant bleibt bzw. das wünschenswerte Körpergewicht erreicht wird. Regelmäßige Gewichtskontrollen bieten daher einen Anhaltspunkt dafür, inwieweit die aufgenommene Energiemenge dem individuellen Bedarf entspricht.

Als grobe Orientierung kann von einem Flüssigkeitsbedarf von 1.500-2.000 ml pro Tag ausgegangen werden. Zur genaueren Berechnung bietet sich die 100/50/15 Methode an (100 ml je kg für die ersten 10 kg Körpergewicht, 50 ml je kg für die zweiten 10 kg Körpergewicht, 15 ml für jedes weitere kg Körpergewicht, abzüglich 0.33 ml für jede zugeführte Kcal).

Die erforderliche Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme wird ggf. über einen Trink-/Essplan unter Berücksichtigung der Prinzipien der aktivierenden Pflege geplant, durchgeführt bzw. sichergestellt und dokumentiert.

Diverse praktische Tipps und weitere Hinweise können der „Grundsatzstellungnahme Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen“ entnommen werden.

Literatur:

- Abbott (o.J.): Energiebedarf bettlägeriger Patienten. Wiesbaden.
- Chidester J, Spangler A (1997): Fluid intake in the institutionalized elderly. Journal of the American Dietetic Association, 97, 23-29.
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) et al. (2000). Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. Frankfurt am Main.
- Volkert D (1997): Ernährung im Alter. Wiesbaden.
- Daschner F (2003): Antwort auf Leseranfrage zu PEG-Sonde. Einsparpotential bei Besteck? Arzneitelegramm, 34, 22.
- Kalde S et al. (Hrsg.) (2002): Enterale Ernährung. München, Jena.
- MDS (2003): Grundsatzstellungnahme Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen. Essen.

	ja	nein	l.n.z.	E.
16.9 Wird bei Bewohnern mit einer PEG-Sonde mit dieser Pflegesituation sachgerecht umgegangen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Ressourcen/Fähigkeiten und Probleme/Defizite erkannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. Begründung für PEG-Sonde der Einrichtung bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. geeignete Ziele und erforderlichen Maßnahmen geplant (z.B. ergänzende orale Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, ausreichende Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, Durchflussgeschwindigkeit und Portionierung, Beratung der Bewohner bzw. ihrer Angehörigen hinsichtlich Risiken und Maßnahmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. Einsatz von Hilfsmitteln sachgerecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e. Medikamentengabe über PEG-Sonde sachgerecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Nahrung angemessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
g. Trinkmenge angemessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
h. Durchführung der Maßnahmen nachvollziehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
i. Auswertung der Nachweise (z.B. Trinkprotokolle) mit erforderlicher Anpassung der Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
j. Information Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Die Begründung für die Anlage einer Ernährungssonde sollte den Mitarbeitern der Pflegeeinrichtung bekannt sein, u.a. um bei Bedarf dem behandelnden Arzt Hinweise geben zu können, dass die Indikation für eine Ernährungssonde ggf. nicht mehr vorliegt.

In der Langzeitpflege sind transnasale Sonden zur enteralen Ernährung nur selten indiziert, da diese nur bei voraussichtlich kurzzeitiger Notwendigkeit (z.B. postoperativ oder nach Traumata) anzuwenden sind. Meist werden bei entsprechender Indikation PEG-Sonden zum Einsatz kommen. Indikationen zur Anlage einer PEG sind:

- Schluckstörungen im weitesten Sinn, die voraussichtlich über mindestens 2-4 Wochen bestehen (überwiegend neurogene Störungen des Schluckaktes bis zur Schlucklähmung, selten z.B. schmerzhafter Schluckakt). Oft ist zuvor eine Aspiration aufgetreten
- Einengung, Verschluss oder höhergradige Schleimhautschädigung (Tumoren, Blutung, Schwellung, z.B. postoperativ, nach mehrwöchiger Strahlentherapie) im Bereich von Rachen, Ösophagus, Magen, Dünndarm
- Ablehnung bzw. aktive „Abwehr“ der Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme nach Prüfung der ethischen und rechtlichen Aspekte.

Dagegen ist bei Menschen mit schweren dementiellen Erkrankungen nicht belegt, dass Sondenkost Aspirationspneumonien oder Dekubitalulzera verhindert, das Leben verlängert oder seine Qualität verbessert.

Auf der Grundlage dieser Indikationen ist es sowohl zu Beginn der Versorgung als auch im Verlauf wichtig, die Ressourcen/Fähigkeiten und die Probleme/Defizite des Bewohners zu kennen. Nur so kann auf positive und negative Entwicklungen adäquat reagiert werden. Auch ist die Kenntnis der Ressourcen/Fähigkeiten und der Probleme/Defizite erforderlich, um geeignete Ziele und erforderliche Maßnahmen planen zu können. Im Sinne der aktivierenden Pflege ist zu überprüfen, ob neben der erforderlichen Sondenernährung und Flüssigkeitszufuhr orale Nahrungs- sowie Flüssigkeitsgaben ergänzend möglich sind. Weiterhin ist zu prüfen, ob ggf. sukzessive eine vollständige orale Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung erreicht werden kann.

Bei Veränderungen ist die Kommunikation mit dem behandelnden Arzt (insbesondere bei Verbesserungspotenzial) wichtig. Die erforderliche Menge für Flüssigkeitsaufnahme und Ernährung wird, in Kooperation mit dem Hausarzt, festgelegt (z.B. Trinkmenge in ml und Nahrungsmenge in Kalorien, insbesondere bei Sondenernährung). Bei der Berechnung der Flüssigkeitssubstitution sind die unterschiedlichen Zusammensetzungen der Sondenernährungsprodukte zu beachten. Der freie Flüssigkeitsanteil normokalorischer Sondenernährungsprodukte beträgt durchschnittlich 80 %, d.h. 80 ml freies Wasser sind in 100 ml Substrat enthalten. Bei hochkalorischen Sondenernährungsprodukten liegt dieser Anteil durchschnittlich bei 70 %, d.h. 70 ml freies Wasser sind in 100 ml Substrat enthalten. Demzufolge muss bei der Ernährung mit hochkalorischen Produkten mehr Flüssigkeit substituiert werden, als bei normokalorischen Produkten.

Bei der Applikation der Sondennahrung wird zwischen Bolusgaben, Schwerkraftsystemen und der Gabe über Ernährungspumpen unterschieden.

Bolusgaben (Bolus maximal 300 ml in 15 Minuten) stellen bei der Lage der Sonde im Magen die der physiologischen Nahrungsaufnahme ähnlichste Applikationsform dar. Bei Sondenernährung im Duodenum/Jejunum ist die Bolusgabe kontraindiziert. Weitere Einschränkungen ergeben sich bei Magenteilresektionen.

Im Versorgungsalltag ist diese Art der Nahrungszufuhr auf Grund der notwendigen hohen Frequenz und der jeweils aufzuwendenden Zeit zumindest *lege artis* für Pflegepersonal, aber auch für Angehörige mit einer Reihe von Problemen (z.B. Zeitnot, Ungeduld) verbunden. Fehlerhafte Anwendung der Bolusgabe führt häufig zu Komplikationen (z.B. Erbrechen, Aspiration).

Schwerkraftsysteme sind bei Lage der Sonde im Magen zur intermittierenden Nahrungszufuhr geeignet. Sind Bolusgaben nicht realisierbar, ist der Einsatz von Schwerkraftsystemen vor dem Einsatz von Pumpen anzustreben. Die Flussrate bei Schwerkraftsystemen (in der Regel maximal 250-300 ml pro Stunde) lässt sich nur orientierend vorgeben. Praktische Probleme beim Einsatz von Schwerkraftsystemen können u.a. resultieren aus psychiatrisch-neurologischen Erkrankungen (Abwehrbewegungen, unkoordinierte Bauchmuskelkontraktionen) oder fehlender Einhaltung einer geeigneten Körperhaltung durch den Bewohner. Intensivere Überwachung zur Vermeidung einer zu raschen (Gefahr des Reflux, von Durchfällen) oder zu langsamen Nahrungszufuhr (Gefahr der Sondenverstopfung, mittelfristig negative Flüssigkeits-/Nahrungsbilanz) und ein entsprechend höherer personeller Aufwand sind daher erforderlich. Große Mengen an Flüssigkeit und Nahrung können in der Praxis mittels eines Schwerkraftsystems in einer tolerierten Flussrate und binnen einer vertretbaren/zumutbaren Zeit oft nicht zugeführt werden. Die anzustrebende intermittierende (physiologischere) Nahrungszufuhr kann dann leicht in eine fast kontinuierliche oder gar 24-stündige Nahrungszufuhr münden, mit ggf. Immobilisierung und damit verbundenen Komplikationen.

Bei Lage der Sonde im Jejunum ist eine kontinuierliche pumpenassistierte Nahrungszufuhr obligat (Flussrate nach Kostaufbau maximal 150-200 ml pro Stunde; Dauer 10-16 Stunden pro Tag). Hierfür sprechen bereits die oft dünnlumigeren Sonden.

Eine Ernährungspumpe ist auch indiziert:

- wenn mittels Bolusgaben oder mittels eines intermittierend eingesetzten Schwerkraftsystems eine Deckung des Nahrungsbedarfs nicht möglich ist (z.B. wegen zu niedriger, vom Patienten tolerierter Flussrate)
- nach wiederholter Verstopfung der Sonde wegen zu niedriger Flussrate (soweit zu niedriges Sondolumen zu wiederholter Verstopfung der Sonde führt, ist ggf. der Austausch der Sonde erforderlich, nicht jedoch die Verwendung einer Ernährungspumpe)
- wenn eine nächtliche bzw. auf die Nacht beschränkte Nahrungszufuhr angezeigt ist
- wenn die Ernährung (auch) tagsüber während beruflicher Tätigkeit etc. erfolgen soll oder
- spätestens nach Eintreten von Komplikationen, die der Schwerkraftzufuhr anzulasten sind.

Auch bei einer Sondenernährung ist eine Flüssigkeitssubstitution in Abhängigkeit zur Energiedichte der Sondennahrung erforderlich. Bei Sondenernährung wird, soweit keine Kontraindikationen vorliegen, Nahrung und Flüssigkeit zusätzlich angereicht. Bei Sondenernährung ist auch zu überprüfen, ob eine orale Ernährung ganz oder teilweise wieder erreicht werden kann.

Bei der Vorbereitung der Sondennahrung sind die Herstellerangaben zu beachten. Falls nach dem Öffnen der Ernährungsflasche nicht der gesamte Inhalt verbraucht wird, ist der Rest mit Anbruchsdatum und Uhrzeit zu versehen sowie verschlossen entsprechend den Herstellerangaben zu lagern (z.B. im Kühlschrank) und in der angegebenen Frist zu verbrauchen. Die zu verabreichende Sondennahrung soll Zimmertemperatur haben. Überleitungssysteme und Ernährungsbeutel/-container sind gemäß Herstellerangaben nach 24 Stunden zu erneuern.

Auf der Grundlage des gegenwärtigen Wissenstandes kann die Verwendung von in der Heimküche hergestellten Produkten zur Sondenernährung nicht empfohlen werden.

Während der Verabreichung von Sondennahrung sollten sich die Bewohner auf einen Stuhl oder ins Bett setzen und diese Position mindestens eine halbe Stunde nach der Nahrungsverabreichung beibehalten. Bei bettlägerigen Pflegebedürftigen ist darauf zu achten, dass sie mit einem erhöhten Oberkörper (30-40° Oberkörperhochlagerung) während der Nahrungszufuhr gelagert werden, wobei Lagerungswechsel zur Druckentlastung (z.B. Mikrolagerungen) erforderlich sind. Eine unsachgemäße Lagerung (flache Lagerung des Oberkörpers) kann u.a. zu Übelkeit, Erbrechen und Aspiration führen.

Eine regelmäßige sowie sorgfältige Zahn- und Mundpflege ist gerade bei Sondenernährung mehrmals täglich erforderlich.

Da es sowohl durch die Kost als auch durch die wiederholten Manipulationen an den Sonden und dem Überleitungsgerät zu einer Keimverschleppung kommen kann, sind hygienische Maßnahmen bei der enteralen Ernährung durch Sonden zu beachten. Bei Unterbrechung der Sondenernährung muss die Sonde gespült werden, damit sie nicht verstopfen und verkleben kann. Abgekochtes Wasser, kohlenstoffsaure Mineralwasser (zwischenzeitliche Lagerung der angebrochenen Mineralwasserflaschen im Kühlschrank maximal bis zu 12 h) oder Kamillen/Fencheltee (Aufbewahrung des Tees in verschlossenen Gefäßen maximal vier Stunden bei Zimmertemperatur, Teebeutel nach maximal 2 Minuten entfernen) können als Spülflüssigkeit verwendet werden. Säfte, kohlenstoffhaltiges Mineralwasser und Früchtetees sind ungeeignet. Im Durchschnitt reichen ca. 20-40 ml Spülflüssigkeit. Eine tägliche Spülung ist auch dann erforderlich, wenn die Sondenernährung über längere Zeit (Tage oder Wochen) ausgesetzt wird.

Ein regelmäßiger Verbandwechsel und eine entsprechende Hautpflege sind bei percutanen Sonden erforderlich. Der Verbandwechsel ist bis zur Abheilung der Punktionsstelle unter aseptischen Bedingungen durchzuführen. Die Häufigkeit des Verbandwechsels richtet sich nach den Wundverhältnissen. Nach abgeschlossener Wundheilung ist ein Schutzverband ausreichend, der zwei bis drei Mal wöchentlich gewechselt werden sollte. Die Nahrungsverabreichung sollte bei der Durchführung des Verbandwechsels unterbrochen werden. Es ist beim Verbandwechsel darauf zu achten, dass die Sonde nicht unter zu starkem Zug fixiert wird, da ansonsten das Einwachsen der inneren Halteplatten in die Magenschleimhaut droht. Vor allem bei mobilen Patienten, Patienten mit Pflasterunverträglichkeit oder Druckulzera im Bereich der PEG-Eintrittsstelle ist ein Button eine Alternative zur PEG-Sonde. Ein Button ist über 3-4 Tage nach Anlage steril zu verbinden. Danach ist ein Wundverband nicht zwingend erforderlich.

Die Verabreichung von Arzneimitteln über die Sonde ist eine der wichtigsten Ursachen für das Verstopfen der Sonde. Etwa 15 % dieser Ereignisse gehen auf unsachgemäßes Vorgehen zurück.

Einige Medikamente müssen mit der Nahrung eingenommen werden, andere auf nüchternen Magen. Für bestimmte Medikamente muss die Sondenernährung für einen vorgeschriebenen Zeitraum unterbrochen werden. Medikamente sollten möglichst in flüssiger Form verwendet werden. Ist dies nicht möglich sind Tabletten fein zu mörsern und in Wasser aufgelöst zu verabreichen, um eine Sondenverstopfung zu vermeiden. Bei der Medikamentenverabreichung ist darauf zu achten, dass z.B. Kapseln, Retard-Arzneimittel oder Arzneimittel mit veränderter Wirkstofffreisetzung (z.B. magensaftresistente Tabletten oder Kapseln) ggf. nicht per Sonde verabreicht werden können.

Vor und nach der Medikamentenverabreichung ist die Sonde mit etwa 30 ml Spülflüssigkeit (Raumtemperatur) zu spülen. Bei Verabreichung von mehreren Medikamenten, sind diese separat einzugeben und nach jeder Gabe mit 30 ml Wasser nachzuspülen.

Vom Zumischen von Arzneimitteln zur Sondennahrung ist grundsätzlich abzuraten, weil einerseits die Gefahr der Verstopfung zu groß ist und andererseits ein therapeutischer Wirkspiegel des Arzneimittels nicht mehr gewährleistet ist.

Die durchgeführten Maßnahmen müssen in der Pflegedokumentation nachvollziehbar sein. Die Zielerreichung insbesondere bezüglich der ausreichenden Ernährung und Flüssigkeitsversorgung ist regelmäßig zu überprüfen. Ggf. sind auch kurzfristige Maßnahmen anzupassen, um frühzeitig Mangelernährung und Dehydratation entgegenzuwirken.

Literatur:

- Abbott (Hrsg.) (2000): Ich ernähre mich jetzt anders. Wiesbaden.
- Brüggemann J (2003) Ernährung und Flüssigkeitsversorgung in der stationären Pflege. Die Schwester/Der Pfleger, 9, 684-689.
- Bucher H, Hufnagel G (2004): Sondenernährung: Versorgungslage ist defizitär. Deutsches Ärzteblatt, 5, A-246.
- Deitrich G, Belle-Hauelsen J, Mittelstaedt G (2003): Ist-Analyse der Ernährungssituation von mit PEG-Sonde versorgten älteren Menschen. Gesundheitswesen, 65, 204-209.
- Dormann A et al. (2003): DGEM-Leitlinie Enterale Ernährung: Grundlagen. Aktuelle Ernährungsmedizin, Supplement 1, 28, 17-20.
- Kalde S et al. (Hrsg.) (2002): Enterale Ernährung. München, Jena.
- Löser C, Flösch UR (1996): Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) – Standards in Gastroenterology 20. Z Gastroenterology, 404-408.
- MDS (2003): Grundsatzstellungnahme Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen. Essen.
- Nestlé Clinical Nutrition (2001): Praxis der Sondenernährung. Ein Leitfaden für Pflegekräfte. München.
- Öffentlicher Gesundheitsdienst Mecklenburg-Vorpommern (2001): Hygienegrundsätze in Alten- und Pflegeheimen. o.O.
- Panknin HT (2001): Sondenernährung – Pflege von Patienten mit PEG im ambulanten Bereich. Heilberufe, 4, 44-45.
- Park RHR et al. (1992): Randomised comparison of percutaneous endoscopic gastrostomy and nasogastric tube feeding in patients with persisting neurological dysphagia. BMJ, 1406-1409.
- Radziwill R (2003): Arzneimittelgabe. Aktuelle Ernährungsmedizin, Supplement 1, 28, 26-28.
- Dharmaarajan, TS et al. (2001): Percutaneous endoscopic gastrostomy and outcome in dementia. American Journal of Gastroenterology, 96, 2556-2563.

	ja	nein	l.n.z.	E.
16.10 Wird bei Bewohnern mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen mit dieser Pflegesituation sachgerecht umgegangen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. <i>Biographiearbeit gewährleistet</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. <i>Angehörigenarbeit gewährleistet</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. <i>individuelle Tagesgestaltung (möglichst auf der Basis der Biographie)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. <i>Selbstbestimmung in der Pflegeplanung berücksichtigt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e. <i>Bewegungsförderung berücksichtigt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
f. <i>individuell angepasste visuelle und akustische Reize angeboten</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
g. <i>angepasste Kommunikation nachvollziehbar</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
h. <i>Information Hausarzt und Pflegekasse</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Neben der Pflegeanamnese ist die Biographie die Basis für die Pflege und Begleitung von Menschen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen. Dabei ist die Einbeziehung von Angehörigen als „Türöffner“ eine der wichtigsten Maßnahmen. Oft können nur Angehörige oder Freunde Hinweise auf Vorlieben, Abneigungen, Gewohnheiten, Hobbys, Bildung, Gefühlen und/oder angstauslösenden Situationen geben.

Gerontopsychiatrische Beeinträchtigungen werden erkannt und deren Ausmaß und Ausprägung ermittelt (z.B. Antriebsarmut, Aggressionen in bestimmten Situationen, Depressivität, erhöhtes Laufbedürfnis).

Auf der Grundlage der Biographie wird eine individuelle Tagesgestaltung gewährleistet. Dazu können z.B. Weckrituale, die Berücksichtigung von Vorlieben bei den Mahlzeiten und von Schlafgewohnheiten, die soziale Integration, die Teilnahme an Gruppen oder sozialer Betreuung ggf. auch als individuelle Begleitung gehören.

Geeignete Maßnahmen werden auf der Basis der Biografie und der Prinzipien der aktivierenden Pflege geplant, durchgeführt und dokumentiert (z.B. wird einem erhöhtem Bewegungsdrang entsprochen, adäquate Beschäftigungsmöglichkeiten wie z.B. Musizieren oder Gesang, individuelle Orientierungshilfen, Erinnerungsarbeit). Es ist bekannt, dass bei Menschen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen die Prinzipien der Stetigkeit (Tagesstrukturierung im Sinne eines sich wiederholenden Tagesablaufes, Kontinuität der Pflegebeziehung, der Gesundheitssituation angepasste Kommunikation ggf. durch Berührungen, gezielten Blickkontakt etc.), der Einfachheit und Vertrautheit (fähigkeitsangemessene Aktivitäten, der Beschäftigung und Einbeziehung in lebensgeschichtlich vertraute Handlungen wie z.B. Abwaschen, Kartoffeln schälen, Wäsche falten, Gartenarbeit, handwerkliche Tätigkeiten), der Sicherheit und Geborgenheit (Vermeidung von Alleinsein bei Angstzuständen, Zuwendung durch Lächeln, freundliche Gesten etc.) positive Effekte auf die Lebensqualität haben. Die auf dieser Basis geplanten Maßnahmen und Tagesstrukturierungen sollten auch eine Bewegungsförderung umfassen. Die

Berücksichtigung dieser Aspekte trägt zur Förderung der Selbständigkeit und der Selbstbestimmung dieser Personengruppe bei. Das Risikomanagement z.B. bei Sturzgefährdung muss eine gewisse Sicherheit bieten, aber eine „Sicherheitsverwahrung“ ausschließen.

Ziel sollte es sein, Bewohner mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen in die Gemeinschaft zu integrieren. Für Menschen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen, die auf Grund des Fortschreitens der Krankheit oder von Bewegungseinschränkungen hauptsächlich in ihrem Zimmer oder gar im Bett verbleiben, sollten individuelle Tagesgestaltungen und Einzelbetreuung angeboten werden. Individuell angemessene visuelle (liebgewordener Besitz und Erinnerungsstücke in Greif- und Blicknähe, Zimmer mit für den Pflegebedürftigen bedeutenden Fotos und Bildern gestalten) und akustische Reize (z.B. Musik, die den Interessen des Pflegebedürftigen entspricht) werden geplant und angeboten.

Lange Zeitabstände zwischen den Mahlzeiten sollten vermieden werden, ggf. wird einem aus permanenten Bewegungen und Rastlosigkeit resultierenden erhöhten Kalorienbedarf entsprochen. Gehstreckenmessungen von Menschen mit permanentem Bewegungsdrang haben ergeben, dass bis zu 45 km am Tag zurückgelegt werden.

Wenn Bewohner in Pflegeeinrichtungen Nahrung selbst zubereiten, muss gewährleistet sein, dass diese nicht in Verkehr gebracht und nur innerhalb der Gruppe, die sie zubereitet hat, verzehrt wird. Das begleitende Personal muss eine Belehrung gemäß dem Infektionsschutzgesetz erhalten. Hierin enthalten ist eine Auflistung besonders kritischer Nahrungsmittel bezüglich einer Keimvermehrung, eine Auflistung allgemeiner Hygienemaßnahmen (Kleidung, Händehygiene, Belehrung über das Verhalten bei Anzeichen von Infektionskrankheiten des Magen-Darm-Traktes) und die Aufklärung über generelles Tätigkeitsverbot bei Infektionskrankheiten des Magen-Darm-Traktes (Typhus, Paratyphus, Cholera, Hepatitis, Ruhr, Salmonellose, Gastroenteritis).

Das Kriterium „Biographiearbeit gewährleistet“ ist mit t.n.z. zu beantworten, wenn nachvollziehbar keine Möglichkeiten der Informationssammlung zur Biographie bestanden.

Das Kriterium „Angehörigenarbeit gewährleistet“ ist mit t.n.z. zu beantworten, wenn keine Angehörigen erreichbar oder vorhanden sind.

Literatur:

Heeg S, Lind S (Hrsg.) (1994): Gerontopsychiatrie in Einrichtungen der Altenhilfe. Versorgungsstrategien und bauliche Anforderungen. Forum Bd. 23, 37 ff. Köln.

Schröder B (1998): Lebensraum und Arbeitsfeld. In: Kämmer K, Schröder B, (Hrsg.): Pflegemanagement in Alteinrichtungen. Grundlagen für Konzeptentwicklung und Organisation. 18 ff., Hannover .

Kitwood T (2000): Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern et al.

Maciejewski B, Sowinski C, Besselmann K, Rückert W (2001): Qualitätshandbuch Leben mit Demenz, Köln.

Kuhlmann W (2000): Infektionsschutzgesetz (IFSG) § 43 Abs.1 Nr.1. Siegburg.

Powell J (2000): Hilfen zur Kommunikation bei Demenz, Köln.

§§ 42 und 43 Abs.1 Nr.1 Infektionsschutzgesetz (IFSG)

16.11	Werden geeignete Methoden im Umgang mit gerontopsychiatrisch beeinträchtigten Bewohnern angewendet?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
-------	--	--------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

Kinästhetik ist die Lehre von der Bewegung, die sich mit der Empfindung und dem Ablauf der natürlichen menschlichen Bewegung beschäftigt. Die Handlungs- und Bewegungsfähigkeit der Pflegenden wird geschult, damit sie bewegungs- und wahrnehmungsbeeinträchtigte Personen anleiten können, eigene Ressourcen/Fähigkeiten wahrzunehmen und gezielt einzusetzen.

Validation ist eine verbale und nonverbale Kommunikationsform, die sich nicht auf der Inhaltsebene, sondern auf die Beziehungsebene konzentriert. Das bedeutet, das Erleben und die Gefühle von Menschen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen zu respektieren und in deren Realität einzufühlen. Die Aussagen und Mitteilungen des Bewohners werden ernst genommen. Diese Vorgehensweise kann bewirken, dass Grundbedürfnisse wie Geborgenheit sowie Wertschätzung befriedigt werden und ein weiterer Rückzug verhindert wird. Mittlerweile ist die Validation nach Naomi Feil weiterentwickelt bzw. modifiziert worden und kann auch als „Integrative Validation“ (IVA) nach Nicole Richard oder als „Spezielle validierende Pflege nach Brigitte Scharb“ angewendet werden.

Basale Stimulation ist ein Handlungskonzept zur Förderung und Aktivierung schwerstbeeinträchtigter Menschen mit Bewegungs-, Kommunikation- und Wahrnehmungsstörungen. Basale Stimulation heißt, dass die Pfl-

genden dem Bewohner einfache aber grundlegende Angebote zur Anregung geben, die ihm helfen, seinen Körper sowie seine Umwelt neu zu erspüren und zu erfahren.

Die theoretische Grundlage der **personenzentrierten Pflege** nach Tom Kitwood ist die Überlegung, was es heißt eine „Person“ zu sein, bzw. welchen Wert „Person-Sein“ für einen Menschen hat. In der Sozialpsychologie wird Person-Sein vor allem mit Begriffen wie Integrität, Stabilität des Selbstwertgefühl und das Ausfüllen sozialer Rollen in einer Gruppe in Zusammenhang gebracht. Die Verhaltensweisen der Menschen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen sowie die Beeinflussung durch die Umgebung und der Mitmenschen werden über das Verfahren Dementia Care Mapping evaluiert.

Die **Reminiszenz-Therapie (REM)** ist eine spezielle Ausrichtung der Erinnerungsarbeit und wurde vor allem für Menschen mit Demenz und Depressionen von RN Butler entwickelt. Bei dieser Therapieform werden Lebenserinnerungen in einer strukturierten Form therapeutisch genutzt. Die Rückschau wird nicht als Regressionsprozess verstanden, sondern vielmehr als kreativer Prozess, der darauf ausgerichtet ist, zur Ich-Identität zu gelangen.

Die **Zehn-Minuten-Aktivierung** ist speziell für Menschen mit Demenz entwickelt, um körperlich sowie geistig zu aktivieren und die Sinne anzuregen. Im besonderen Maße wird die Erinnerungsarbeit genutzt. Diese Vorgehensweise kann zu einer regelrechten Erinnerungsreise werden.

Der **mäeutische Ansatz** oder die erlebnisorientierte Pflege basiert auf Beobachtungen, die Pflegenden in der Pflegebeziehung zu den Pflegebedürftigen bewusst erleben. Durch die Reflexion und Kommunikation im Team entsteht ein Leitfaden für den Umgang mit Pflegebedürftigen, um einen wirklichen Kontakt zu ermöglichen. Mäeutik ist ein induktives Verfahren, das vom besonderen Einzelfall auf das Allgemeine, Gesetzmäßige schließt. Die Grundvoraussetzung für diesen Ansatz ist die Beziehungs- oder Bezugspflege. Damit das gesamte multiprofessionelle Team die Erkenntnisse aus den Erlebniswelten der Pflegebedürftigen und der Pflegenden umsetzen kann, ist eine inhaltlich präzise Pflegedokumentation (als Förderung der Kommunikation zwischen den an der Versorgung beteiligten Mitarbeitern sowie als Leitfaden im Umgang mit dem Bewohner) und die Biographiearbeit integrierter Bestandteil der erlebnisorientierten Pflege.

Die Diplom-Psychologin Dr. Barbara Romero entwickelte Anfang der 90er Jahre die **Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET)** auf der Basis der Theorien von RN Butler. Ziel des SET ist es, das Selbst/die personale Identität von Menschen so weit wie möglich zu erhalten und damit das emotionale Gleichgewicht wiederherstellen sowie depressive Reaktionen zu verringern. Der Erinnerungstherapie und der ihr zugrundeliegenden Theorie kommt dabei eine maßgebliche Rolle zu. Die Hilfemaßnahmen sind für Menschen mit dementiellen Erkrankungen geeignet.

Im **Nachtcafé** können sich Bewohner einer Einrichtung treffen. Hier wird den Bewohnern die Möglichkeit zur Beschäftigung und Kommunikation gegeben. Das Nachtcafé hat positive Effekte bei Menschen mit dementiellen Erkrankungen (Ressourcen/Fähigkeiten sind zu späterer Stunde unter Umständen erheblich ausgeprägter, als zu früheren Tageszeiten), bei Schlafstörungen und Isolationsproblemen. Ziel ist es u.a., die Einnahme von Psychopharmaka und Schlafmitteln zu reduzieren.

Ein gut funktionierender **Tierbesuchsdienst** oder das Mitbringen von Tieren zukünftiger Bewohner hat einen sehr positiven Einfluss auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität. Voraussetzung ist eine gute Vorbereitung von Mitarbeitern, Betreuern, Bewohnern und Heimaufsicht.

Snoezelen ist in erster Linie ein Entspannungs- und Erholungsangebot für Menschen mit körperlichen und/oder geistigen Behinderungen, für Menschen mit Orientierungsproblemen und Stresssituationen. Es werden alle Sinne stimuliert, in dem bestimmte Reize direkt wirken. Während des Snoezelen wird jeweils ein Sinn besonders angesprochen. Störende und ablenkende Reize werden ausgeschlossen.

In Anlehnung an Linda Tellington-Jones wurde die **Tellington-Touch-Methode** entwickelt, die sich insbesondere auch für gerontopsychiatrisch beeinträchtigte Menschen eignet, um die Kommunikation zu verbessern und Spannungen zu lösen. Es handelt sich bei dieser Methode um kreisförmige Bewegungen, die von der Intensität zwischen Streicheln und Massieren liegen.

Ziel des **Realitäts-Orientierungs-Training (ROT)** oder auch „Hier-und-Jetzt-Modell“ ist es, den Verlust von Fähigkeiten und Rückzugstendenzen entgegenzuwirken. Mit diesem Verfahren werden Menschen mit Demenz oder Orientierungsproblemen auf die „objektive“ Realität hingewiesen, es wird niemals eine „falsche“ Aussage bestätigt. Das KDA weist in seinem Handbuch Leben mit Demenz, darauf hin, dass sich dieses Verfahren als

eher kontraproduktiv erwiesen hat, da die Hinweise auf die „objektive“ Realität zu Rückzugstendenzen und Depressionen geführt hat.

Alle eingesetzten Methoden bedürfen einer angemessen erhobenen Pflegeanamnese einschließlich Biographie. Eine Einrichtung sollte sich für die systematische Anwendung bestimmter Methoden entscheiden. Diese Methoden werden im Pflegekonzept beschrieben. Zur systematischen Umsetzung dieser Methoden ist eine Schulung der Mitarbeiter erforderlich.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn mindestens eine der genannten oder eine vergleichbare Methode systematisch angewandt wird.

Die Frage ist mit „trifft nicht zu“ zu beantworten, wenn der Bewohner keine gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen hat.

Literatur:

KDA (Hrsg.) (2001): Qualitätshandbuch Leben mit Demenz (Kapitel 1 und 3), Köln.

Kitwood T (2000): Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern, Göttingen, Toronto Seattle.

Menche N, Bazlen U, Kommerl T (Hrsg.) (2001). Pflege Heute. München, Jena.

van der Kooij C (2004): Kurzfassung des mäeutischen Pflegekonzeptes (Vortragmanuskript). Apeldoorn.

Fröhlich A (1998): Basale Stimulation - das Konzept. Düsseldorf.

Bienstein C, Fröhlich A (2000): Basale Stimulation in der Pflege. Möglichkeiten zur Förderung wahrnehmungsbeeinträchtigter Menschen. Düsseldorf.

	ja	nein	l.n.z.	E.
16.12 Wenn bei dem Bewohner freiheitsentziehende Maßnahmen festzustellen sind: Wird mit dieser Situation sachgerecht umgegangen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Zustimmung des Bewohners, richterliche Genehmigung oder rechtfertigender Notstand liegt vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. Durchführung der Maßnahmen nachvollziehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. Notwendigkeit wird regelmäßig überprüft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Beispiele für freiheitsentziehende Maßnahmen sind:

1. Fixieren der Bewohner durch mechanische Vorrichtungen

- Anbringen von Bettgittern
- Anlegen von Sitz-, Leib- oder Bauchgurten
- Anlegen von Schutzdecken, Betttüchern oder Schlafsäcken
- Befestigung von Therapie-/Stecktischen am (Roll-) Stuhl
- Anlegen von Sicherheitsgurten am (Roll-) Stuhl
- Anlegen von Handfesseln, Fußfesseln oder Körperfesseln.

2. Einsperren des Bewohners

- Absperren des Wohnbereichs oder des Zimmers
- Verriegelung der dem Bewohner bekannten und benutzbaren Ausgänge
- komplizierte Schließmechanismen an Türen
- hoch angebrachte Türgriffe
- Drehknaufe
- gesicherte Aufzüge.

3. Verabreichung von sedierenden Medikamenten (Schlafmittel oder Psychopharmaka)

- um Bewohner an der Fortbewegung im Heim oder am Verlassen des Heimes zu hindern
- um die Pflege zu erleichtern
- um Ruhe auf den Wohnbereichen oder im Heim herzustellen.

4. Sonstige Vorkehrungen

- Zurückhalten des Bewohners am Hauseingang durch Personal
- Wegnahme von Bekleidung und Schuhen, Sehhilfen, Fortbewegungsmitteln (z.B. Rollstuhl oder Gehwagen)
- elektronische Maßnahmen (an der Kleidung, im Schuh oder am Handgelenk angebrachte Sender).

Bewertung von freiheitsentziehenden Maßnahmen bei völlig bewegungsunfähigen Bewohnern

Eine freiheitsentziehende Maßnahme kommt nur in Betracht, wenn der Bewohner noch zu willkürlichen Fortbewegungen in der Lage ist. Bei einem vollständig bewegungsunfähigen Bewohner ist z.B. ein Bettgitter zum Schutz vor ungesteuerten oder unwillkürlichen Bewegungen keine freiheitsentziehende Maßnahme, da das Bettgitter die ohnehin nicht vorhandene Fortbewegungsfreiheit nicht einschränkt. Der Bewohner aber, der am Bettgitter rüttelt, lässt den Willen zur Fortbewegung erkennen oder signalisiert, dass er mit der Maßnahme nicht einverstanden ist.

Zustimmung des Bewohners zu einer freiheitsentziehenden Maßnahme

Eine freiheitsentziehende Maßnahme ohne vormundschaftsgerichtliche Genehmigung ist nicht widerrechtlich, wenn der Bewohner in die Maßnahme wirksam eingewilligt hat. Ein Bewohner kann nur wirksam einwilligen, wenn er über den maßgeblichen natürlichen Willen verfügt und einsichtsfähig ist. Dabei kommt es nicht auf die Geschäftsfähigkeit, sondern auf die natürliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Bewohners an. Der Bewohner muss die Bedeutung und Tragweite seiner Entscheidung erkennen können. Die Einwilligung bezieht sich jeweils auf die konkrete Situation. Der Bewohner kann die Einwilligung jederzeit widerrufen. Verliert der Bewohner infolge einer Erkrankung die natürliche Einsichtsfähigkeit, ist auch seine vorher gegebene Einwilligung nicht mehr wirksam. Die wirksame Einwilligung des Bewohners sollte in der Pflegedokumentation festgehalten werden. Es empfiehlt sich, die Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit vom behandelnden Arzt in regelmäßigen Zeitabständen schriftlich bestätigen zu lassen.

Rechtfertigender Notstand

Freiheitsentziehende Maßnahmen können ausnahmsweise und für kurze Zeit unter den Voraussetzungen des rechtfertigenden Notstandes (§ 34 Strafgesetzbuch) zulässig sein, wenn keine Einwilligung zu erzielen ist. Dies trifft dann zu, wenn der Bewohner in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Körper, Freiheit oder Eigentum sich oder andere gefährdet. Ziel ist es dabei, die Gefahr von sich oder anderen abzuwenden. Dabei muss bei Abwägung der widerstreitenden Interessen das geschützte Interesse das Beeinträchtigte wesentlich überwiegen. Kurze Zeit bedeutet, dass eine Fixierung über einen Tag oder eine Nacht hinaus bereits eine Genehmigungspflicht auslöst. Als Höchstgrenze einer Fixierung ohne richterliche Genehmigung ist die Frist nach § 128 Strafprozessordnung anzusehen, danach ist die richterliche Entscheidung spätestens am Tag nach dem Beginn der freiheitsentziehenden Maßnahme herbeizuführen.

Richterliche Genehmigung

Bei nichteinwilligungsfähigen Bewohnern können regelmäßige und dauerhafte freiheitsentziehende Maßnahmen nur durch einen Beschluss des zuständigen Vormundschaftsgerichtes legitimiert werden. Der Betreuer des betreffenden Bewohners muss über die Notwendigkeit von regelmäßigen und dauerhaften freiheitsentziehenden Maßnahmen informiert werden, und er muss einen entsprechenden Antrag beim zuständigen Vormundschaftsgericht stellen. Es muss darauf geachtet werden, dass die Einwilligung des Betreuers in freiheitsentziehende Maßnahmen in seinen Aufgabenkreis fällt. Andernfalls ist auf eine Erweiterung des Aufgabenkreises hinzuwirken. Die Zustimmung des Betreuers zu regelmäßigen und dauerhaften freiheitsentziehenden Maßnahmen ist erst nach vormundschaftsgerichtlicher Genehmigung wirksam. Sonstige Personen, wie z.B. Angehörige, sind zur Einwilligung nicht befugt.

Die Entscheidung über die freiheitsentziehende Maßnahme ergeht durch Beschluss des zuständigen Vormundschaftsgerichts. Grundsätzlich darf sie erst vorgenommen werden, wenn die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts vorliegt. Liegt Eilbedürftigkeit vor, kann das Vormundschaftsgericht um eine einstweilige Verfügung nach § 1846 BGB ersucht werden.

Lässt sich zwischen der Pflegeeinrichtung und dem zuständigen Betreuer keine Einigkeit über die Notwendigkeit der Durchführung von freiheitsentziehenden Maßnahmen erzielen, kann die Pflegeeinrichtung auch direkt deren Bewilligung beim zuständigen Vormundschaftsgericht beantragen.

Freiheitsentziehende Maßnahmen durch die Verabreichung von sedierenden Medikamenten (Schlafmittel oder Psychopharmaka) ohne ärztliche Verordnung sind ohne jede Einschränkung rechtswidrig.

Werden ärztlich verordnete sedierende Medikamente (Schlafmittel oder Psychopharmaka) ausschließlich als freiheitsentziehende Maßnahme verabreicht, bedarf die verordnete Medikation einer richterlichen Genehmigung.

In der Praxis dürfte dies der Ausnahmefall sein. Bei ärztlich verordneten sedierenden Medikamenten (Schlafmittel oder Psychopharmaka) steht üblicherweise der therapeutische Effekt ganz im Vordergrund, so dass in diesen Fällen eine richterliche Genehmigung für die Verabreichung dieser Medikamente nicht erforderlich ist.

Durch freiheitsentziehende Maßnahmen wird das Freiheitsrecht des Bewohners erheblich beeinträchtigt. Deshalb sind durchgeführte freiheitsentziehende Maßnahmen sorgfältig und nachvollziehbar zu dokumentieren.

Regelmäßige Überprüfung der Notwendigkeit freiheitsentziehender Maßnahmen

Die Notwendigkeit freiheitsentziehender Maßnahmen ist abhängig vom Krankheitsbild und dem Pflegezustand des Bewohners regelmäßig zu überprüfen und zu dokumentieren. Freiheitsentziehende Maßnahmen müssen unabhängig von einer vom Vormundschaftsgericht gesetzten Frist beendet werden, wenn die Voraussetzungen entfallen sind.

Mögliche Alternativen zur Durchführung von freiheitsentziehenden Maßnahmen sollten geprüft werden. Mögliche Alternativen sind z.B.:

- Aus anamnestischen Angaben des Bewohners oder seiner Angehörigen wird die zunächst nicht erkennbare Intention der Fehlhandlung deutlich und sie kann dann durch persönliche Zuwendung vermieden werden.
- Erkennen der Beweggründe für die Fehlhandlung des Bewohners, ggf. kann hier durch persönliche Zuwendung ebenfalls eine Umstimmung erreicht werden.
- Anbieten von Handlungsalternativen, z.B. begleitete Spaziergänge, hauswirtschaftliche Beschäftigungen, soziale Betreuung oder tagesstrukturierende Maßnahmen.

Vom Vormundschaftsgericht gesetzte Fristen für die Dauer von freiheitsentziehenden Maßnahmen müssen beachtet werden. Ggf. erforderlich werdende Verlängerungsanträge müssen mit dem Betreuer und dem Vormundschaftsgericht abgesprochen werden.

Durchführung der Maßnahmen nachvollziehbar

Freiheitsentziehende Maßnahmen müssen plausibel dokumentiert sein. Sie müssen dem richterlichen Beschluss entsprechen.

Literatur:

Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland Artikel 2 und Artikel 4

Bürgerliches Gesetzbuch Betreuungsrecht 1906 ff

Klie T (1996): Lehrbuch Altenpflege. Hannover.

Stadt München, Heimaufsicht Oberbayern, MDK in Bayern (2001): Zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen. Empfehlungen für Pflegefachkräfte.

	ja	nein	l.n.z.	E.
16.13 Wird erforderliche Körperpflege nachweislich durchgeführt?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. <i>Bei körperpflegerischen Maßnahmen werden Bedürfnisse und Gewohnheiten des Bewohners berücksichtigt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. <i>hygienisch notwendige Maßnahmen (z.B. ausreichende Körperpflege bei Inkontinenz) werden nach den Prinzipien der aktivierenden Pflege durchgeführt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. <i>keine hygienischen Defizite erkennbar</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. <i>geplante Maßnahmen werden laut Durchführungsnachweis erbracht</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e. <i>Abweichungen von geplanten Maßnahmen werden dokumentiert und begründet</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Die Notwendigkeit einer täglichen nahezu vollständigen Körperwaschung ist für einen Großteil der Bewohner gegeben, wenn z.B. Unsicherheiten im Umgang mit Nahrung und Inkontinenz bestehen. Unter Berücksichtigung aktueller Versorgungskonzepte ist die „notwendige“ Versorgung am persönlichen Bedarf und den Gewohnheiten des Bewohners sowie an seinem Aktivierungspotenzial zu orientieren. In diesem Sinn muss bei der Maßnahmenplanung ein Abgleich zwischen den Wünschen des Pflegebedürftigen und den hygienisch notwendigen Maßnahmen erfolgen.

16.14 Wird erforderliche Mund- und Zahnpflege nachweislich durchgeführt?		ja	nein	t.n.z.	E.
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	Mund- und Zahnpflegemaßnahmen (Zähnebürsten, Prothesenreinigung, Mund- und Lippenpflege) werden nach Bedarf regelmäßig durchgeführt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	erforderliche Zahn- und Mundpflegeutensilien stehen bereit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	Durchführung der erforderlichen Maßnahmen ist nachvollziehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Bei Menschen, die in ihrer Selbstpflegefähigkeit eingeschränkt sind, treten häufig Veränderungen der Mundhöhle auf. Risiken zu Mundveränderungen bestehen u.a. bei Bewohnern mit Kau- und Schluckstörungen, kontinuierlicher Sauerstoffzufuhr, überwiegender Mundatmung, reduziertem Ernährungszustand und Dehydratation sowie bei der regelmäßigen Einnahme von Medikamenten, die den Speichelfluss reduzieren (z.B. Antidepressiva, Antihypertonika) oder die die Mundflora beeinflussen (Antibiotika, Kortikoide).

Die Fähigkeit zur selbständigen Durchführung der Mundhygiene sollte daher in der Langzeitpflege überprüft werden. Eine einfache Möglichkeit besteht u.a. darin, den Bewohner zu bitten, einen Finger der Pflegekraft fest zu umfassen. Aus der damit eingeschätzten Handkraft des Bewohners kann auf die vorhandene Kraft zum Fassen einer Zahnbürste geschlossen werden.

Um eine feuchte Mundschleimhaut zu unterstützen bzw. zu erhalten, sollten häufig (ggf. stündlich) und regelmäßig kleine Mengen Früchte- oder Kräutertees oder Mineralwasser zum Trinken angeboten werden. Zu den Mahlzeiten sollten immer auch Getränke gereicht werden. Getränke sollten stets sichtbar und erreichbar platziert sein, um den Bewohnern bei vorhandenen Fähigkeiten die Möglichkeit zur selbständigen Flüssigkeitsaufnahme zu bieten. Soweit möglich sollte die Nahrung so gewählt werden, dass durch sie Kauanreize gegeben werden (zartes Gemüse, Salzkartoffeln, weiches Obst, Hackfleisch). Zu beachten ist, dass saure Speisen den Speichelfluss fördern, während süße Speisen zu zähem Speichel führen.

Bei der Mundpflege sollte auf Veränderungen der Schleimhäute und des Zahnfleisches geachtet werden (z.B. Blutungen, Schwellungen, Druckstellen, Verfärbungen, Mundtrockenheit, Beläge). Ggf. (z.B. bei durch Zahnprothesen verursachte Druckstellen) ist der Zahnarzt zu informieren.

Zum Zähneputzen sollten Handzahnbürsten mit gut in der Hand liegenden Griffen, mit eher kleinen, abgerundeten Bürstenköpfen und weichen oder mittleren abgerundeten Borstenenden verwendet werden. Elektrische Zahnbürsten sind besonders geeignet für Bewohner mit körperlichen und gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen. Zur Reinigung breiterer Zahnzwischenräume bieten sich spiralförmige Bürstchen an.

Zahnprothesen müssen gereinigt werden. Nach jeder Mahlzeit sollten Speisereste mit einer Prothesenbürste entfernt und unter fließendem Wasser abgespült werden. Einmal täglich sollten die Innen- und Außenseiten der Prothesen mit einer Prothesenbürste gründlich gereinigt werden. Reinigungstabletten ersetzen nicht die mechanische Säuberung der Zahnprothese, sondern sollten mehrfach wöchentlich ergänzend zur mechanischen Reinigung eingesetzt werden. Zahnprothesen sollten nachts heraus genommen und nach der Reinigung in klarem Wasser aufbewahrt werden. Zur Vermeidung von Kieferverformungen sollten Zahnprothesen regelmäßig eingesetzt werden.

Um die Compliance für die Mund- und Zahnpflege zu erhöhen, sollten die Maßnahmen – sofern sie nicht am Waschbecken durchgeführt werden können – in Oberkörperhochlage durchgeführt werden.

Bewohner sollten nach Möglichkeit selbständig ihre Zähne nach jeder Mahlzeit, mindestens aber einmal pro Tag bürsten. Ist dies nicht möglich, sollte der Bewohner beim Zähnebürsten unterstützt werden oder das Zähnebürsten muss von den Pflegekräften angeboten werden.

Ist das Zähnebürsten nicht möglich, sollten Zähne, Zahnfleisch und Schleimhäute mit angefeuchteten Gazetupfern (mindestens zwei Mal pro Tag, bei Bedarf öfter) gereinigt werden. Ggf. können geeignete Produkte für die Reinigung benutzt werden. Anschließend sollten die Lippen gefettet werden (z.B. Panthenol).

Diese Mundhygienemaßnahmen sind auch bei Bewohnern mit Ernährungssonden durchzuführen.

Die Frage ist mit t.n.z. zu beantworten, wenn der Bewohner Zahn- und Mundpflege nachweislich selbständig durchführen kann oder erforderliche Maßnahmen nachweislich ablehnt.

Literatur:

Bundeszahnärztekammer (2002): Handbuch der Mundhygiene. Bonn & Berlin.

Gottschalck T, Dassen T, Zimmer S (2003): Assessment-Instrumente zur pflegerischen Beurteilung des Mundes. Pflege, 16, 273-282.

Gottschalck T, Dassen T, Zimmer S (2004): Empfehlungen für eine Evidenz-basierte Mundpflege bei Patienten in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen. Pflege, 17, 78-91.

Gottschalck T (2004): Pflegeziel Mundgesundheit. Mundhygienische Maßnahmen auf dem wissenschaftlichen Prüfstand. Die Schwester Der Pfleger, 04, 344-349.

Gottschalck T, Dassen T, Zimmer S (2003): Untersuchung einiger häufig gebrauchter Mittel, Instrumente und Methoden zur Mundpflege hinsichtlich einer evidenz-basierten Anwendung. Pflege, 16, 91-102.

17. Sonstiges

Hier besteht für das Prüfteam die Möglichkeit, sonstige relevante Beobachtungen zu dokumentieren.

Datum und Unterschriften:

Datum und Unterschrift belegen, welche Mitarbeiter des MDK die Prüfung durchgeführt haben.