

## Transparenzkriterien in PFLEGE•ZEIT stationär

Wir möchten Ihnen ermöglichen, selbst einen Überblick über den Stand Ihrer Dokumentation und über Ihre Prüfsicherheit zu erlangen. Hier finden Sie daher einen Überblick über die Transparenzkriterien und ihre Umsetzung in PFLEGE•ZEIT. Zu jedem Kriterium ist angegeben, an welchen Stellen in Ihrer Dokumentation die entsprechenden Nachweise zu finden sind.

### Hinweise

- Dieses Dokument bezieht sich auf das stationäre System PFLEGE•ZEIT. Mehr dazu finden Sie unter [www.pflege-zeit.de](http://www.pflege-zeit.de).
- Bei der Bewertung der Qualität nach den Transparenzkriterien wird besonders darauf geachtet, ob sich die Individualität der Bewohner\*innen, also Vorlieben, Abneigungen, Rituale und Besonderheiten in der Pflegedokumentation wiederfinden. Bitte achten Sie daher besonders auf die entsprechenden Angaben in [PFLEGESTATUS](#) und den [TAGESPLAN](#).
- PFLEGE•ZEIT wird laufend weiter entwickelt. Bitte achten Sie daher darauf, dass Sie die jeweils aktuellen Formulare einsetzen. Aktuelle Informationen finden Sie auf unserer [Internetseite](#).
- Diese Erläuterungen können auch während einer Prüfung heran gezogen werden, wenn die\*der Prüfer\*in die Informationen zu einem Kriterium nicht gleich findet.

## **Kriterium 1 bb**

---

### ***Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?***

Die Einschätzung des Dekubitusrisikos sollte bei allen Bewohnern erfolgen, bei denen eine Gefährdung nicht ausgeschlossen werden kann, und zwar unmittelbar zum Beginn der Pflege und danach in individuell festgelegten Abständen sowie unverzüglich bei Veränderungen der Mobilität, der Aktivität und des Druckes. Ein bestehendes Dekubitusrisiko ist gegebenenfalls mit Hilfe einer Skala (zum Beispiel Braden-Skala, Medley-Skala) zur Ermittlung des Dekubitusrisikos zu erkennen und einzuschätzen. Die Einschätzung des Dekubitusrisikos muss aktuell sein.

- Die Einschätzung des Risikos erfolgt sofort bei Einzug, zum Beispiel in der [BRADENSKALA](#).
- Die Risikosteuerung erfolgt über den [PFLEGESTATUS](#), Bewertung des Restrisikos, Dokumentation der Beratung der Beteiligten, Gesamteinschätzung und Gesprächsvermerke im [REGIEBOGEN](#) oder im [LANGZEITVERLAUF](#).
- Veränderungen des Dekubitusrisikos und der Dekubituswunde müssen bis zum Schichtende bzw. bis zur Übergabe dokumentiert werden.

## **Kriterium 2 bb**

---

### ***Werden erforderliche (Dekubitus-) Prophylaxen durchgeführt?***

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn bei dekubitusgefährdeten Bewohnern folgende individuell angemessene Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe in der Pflegeplanung berücksichtigt wurden und ihre Durchführung erkennbar ist:

- a) haut- und gewebeschonende Lagerung und Transfertechniken
- b) Maßnahmen zur Bewegungsförderung
- c) ausreichende Flüssigkeits- und Eiweißzufuhr
- d) fachgerechte Hautpflege / regelmäßige Hautinspektion
- e) gegebenenfalls Beratung der Bewohner beziehungsweise ihrer Angehörigen hinsichtlich der Risiken und Maßnahmen

- Jede pflegfachliche Reflexion ist im [REGIEBOGEN](#) dokumentiert. Die regelmäßige Analyse der Gefahrenpotenziale und Bewertung des Restrisikos befindet sich im [PFLEGESTATUS](#).

Planung im [TAGESPLAN](#):

- haut- und gewebeschonende Lagerung und Transfertechnik
- Kreuz in der Spalte: Druckentlastung und Lagerungsintervalle
- Stichwort zu den Lagerungstechniken im Sitzen und Liegen
- Hilfebedarfe bei den Transfers
- Maßnahmen zur Bewegungsförderung: Alle Transfers und Bewegungen sind in der

- Transfermatrix über 24 Stunden geplant.
- Ausreichende Flüssigkeits- und Eiweißzufuhr im [TAGESPLAN 2](#)
  - fachgerechte Hautpflege / regelmäßige Hautinspektion: Im [TAGESPLAN 1](#) auf gefährdete Stellen hinweisen und tägliche Hautinspektion planen.
  - gegebenenfalls Beratung des Bewohners beziehungsweise der Angehörigen hinsichtlich der Risiken und Maßnahmen: Nachweis der Aktualität im [PFLEGESTATUS](#), Dokumentation der Ergebnisse im [REGIEBOGEN](#) oder im [LANGZEITVERLAUF](#)

Durchführung: Grundsätzlich ist als Nachweis ausreichend:

- ein Handzeichen im [PFLEGEVERLAUFSBERICHT](#) Vom Plan abgewichen oder Nach Plan gepflegt
- die Dokumentation von Abweichungen
- Lagerung & Transfers u.a. im Rahmen der Körperpflegetätigkeiten: Nachweis in der Tabelle im [PFLEGEVERLAUFSBERICHT](#)

### **Kriterium 3 bb**

---

*Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus nachvollziehbar?*

Aus der Pflegedokumentation muss klar erkennbar sein, wann der Dekubitus oder die chronische Wunde entstanden ist und an welchem Ort sich der Bewohner zum Entstehungszeitpunkt aufgehalten hat.

- Jede pflegfachliche Beobachtung ist im [REGIEBOGEN](#) dokumentiert.
- Die Wunde wird im [WUNDPROTOKOLL](#) ausführlich dokumentiert. Dazu gehört auch Zeitpunkt und Entstehungsortes. Mit Entstehungsort ist nicht der Wundort gemeint, sondern zum Beispiel Pflegeheim, Krankenhaus oder Häuslichkeit.
- Das Risiko wird im [PFLEGESTATUS](#) bewertet.

### **Kriterium 4 bb**

---

*Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)?*

- Die Wunde wird wöchentlich, spätestens alle zwei Wochen im [WUNDPROTOKOLL](#) ausführlich beschrieben.

### **Kriterium 5 bb**

---

*Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?*

Die Behandlung des Dekubitus / der chronischen Wunde entspricht dem aktuellen Stand des Wissens, wenn

- a) sie entsprechend den ärztlichen Anordnungen erfolgt,
- b) soweit erforderlich die Prinzipien der lokalen Druckentlastung, therapeutischen Lagerung beziehungsweise der Kompression umgesetzt werden,
- c) die Versorgung der Wunde nach physiologischen und hygienischen Maßstäben erfolgt.

Das Kriterium kann auch mit ja beantwortet werden, wenn das Pflegeheim den Arzt nachweislich darüber informiert hat, dass die Behandlung nicht dem aktuellen Stand des Wissens entspricht und der Arzt die Anordnung nicht angepasst hat.

- Nachweis über [WUNDPROTOKOLL](#) sowie gegebenenfalls [DURCHFÜHRUNGSNACHWEIS FÜR BESONDERE PFLEGE](#) und [MEDIKAMENTENBLÄTTER](#)
- Planung im [TAGESPLAN 1](#), Nachweis über [PFLEGEVERLAUFSBERICHT](#)
- Verankerung in Verfahrensanweisung gemäß Expertenstandard Chronische Wunden sowie Hygienekonzept
- Wenn die ärztliche Anordnung nicht dem aktuellem Stand des Wissens entspricht, aber nach Information durch die Einrichtung nicht verändert wird, so wird dies im [Regiebogen](#) dokumentiert.

### **Kriterium 6 bb**

---

*Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (zum Beispiel Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen gegebenenfalls angepasst?*

Das Kriterium ist erfüllt, wenn der Heilungsprozess kontinuierlich evaluiert, die Ergebnisse beurteilt und Therapiemaßnahmen nach ärztlicher Anordnung gegebenenfalls angepasst werden.

- Die monatliche pflegfachliche Reflektion der gesamten Maßnahme erfolgt im [REGIEBOGEN](#) und [PFLEGESTATUS](#).
- Bei Veränderungen der Wundsituation wird der Informationsaustausch mit dem Arzt im [REGIEBOGEN](#) dokumentiert. Die Ärztin\*der Arzt muss bei Verschlechterung der Wunde, fehlender Compliance und erreichten Behandlungsschritten informiert werden.

### **Kriterium 7 bb**

---

*Werden individuelle Ernährungsressourcen und Risiken erfasst?*

Für alle Bewohner des Pflegeheims soll geprüft werden, ob ein Ernährungsrisiko besteht. Ist dies der Fall, ist das individuelle Ernährungsrisiko zu ermitteln und zu beschreiben.

- Bei Einzug werden in der PFLEGE•ZEIT [ANAMNESE](#) ernährungsrelevante Daten und

Ressourcen zur Ernährungssituation im Ankreuzverfahren eingeschätzt und individuell ergänzt.

- Über den [REGIEBOGEN](#) erfolgt die fortlaufende Dokumentation der Beobachtungen und die pflegfachliche Reflexion, ob weitere Instrumente erforderlich sind, dies sind u.a. MNA oder Pemu.

Oder:

- Eine systematische Beobachtung wird in einem [PROTOKOLL](#) für einen festgelegten Zeitraum erfasst und bei Bedarf wiederholt, zum Beispiel zur Ergänzung der Ernährungsbiografie in der [ANAMNESE](#).
- Im [TAGESPLAN 2](#) werden die Maßnahmen zu Ernährungsgewohnheit, Hilfsmittel, Vorlieben, Gewohnheiten, Verträglichkeiten, Hilfebedarfe, Aufforderungen zur Milieugestaltung und Umgang in besonderen Situationen individuell geplant.
- Die Häufigkeit der Gewichtsmessung ist festgelegt. Die Ergebnisse werden in der [MONATSÜBERSICHT](#) eingetragen.
- Im [PFLEGESTATUS](#) werden wichtige Ernährungsprobleme regelmäßig bewertet und bei Bedarf die Risiken eingeschätzt (BMI, Dokumentation der Beratungszeitpunkte u.a.). Bei der Risikobewertung wird die Handlungsanweisung des [TAGESPLANS](#) geprüft.
- Bei Bedarf wird in einem [DURCHFÜHRUNGSNACHWEIS FÜR BESONDERE PFLEGE](#) ein Ernährungsprotokoll für eine im [REGIEBOGEN](#) festgesetzte Zeit angelegt. Die Auswertung wird im [REGIEBOGEN](#) und die daraus resultierenden Maßnahmen werden im [PFLEGESTATUS](#) und [TAGESPLAN 2](#) festgehalten und kontinuierlich im [LANGZEITVERLAUF](#) unter Berücksichtigung der Fallbesprechungen, Angehörigengesprächen oder der PFLEGE•ZEIT Pflegevisite evaluiert.

### **Kriterium 8 bb**

---

*Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Nahrungsversorgung durchgeführt?*

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn bei Bewohnern, die bei der selbstständigen Nahrungsaufnahme eingeschränkt sind, Maßnahmen auf der Grundlage individueller Ernährungsressourcen und Risiken geplant, mit dem Bewohner abgestimmt und in der Pflegeplanung nachvollziehbar dokumentiert sind.

- Im [TAGESPLAN](#) werden alle notwendigen Hilfebedarfe individuell geplant und im [PFLEGEVERLAUFSBERICHT](#) mit einem Handzeichen abgezeichnet.
- Im [PFLEGESTATUS](#) wird dazu aufgefordert, die Risiken mit den Bewohner\*innen, Angehörigen und Betreuer\*innen abzustimmen. In diesem Zusammenhang wird die Tagesplanung herangezogen, um zu überprüfen, ob das Nahrungsangebot angemessen ist.
- In einem [PROTOKOLL](#) werden das Ausprobieren der Maßnahmen, Abstimmungen mit

dem\*der Bewohner\*in und den Angehörigen, kurzfristige Änderungen, usw. festgehalten und im [REGIEBOGEN](#) pflegefachlich reflektiert.

### ***Kriterium 9 bb***

---

#### ***Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?***

Der Ernährungszustand des Bewohners ist in folgenden Fällen als angemessen zu beurteilen:

- a) Der Bewohner hat keine Einschränkungen und Risiken bei der selbständigen Nahrungsaufnahme.
- b) Es bestehen Risiken und/oder Einschränkungen bei der selbständigen Nahrungsaufnahme und die Einrichtung führt alle aus der Risikofeststellung abgeleiteten Maßnahmen durch, aber der Bewohner ist trotzdem unter- oder überernährt beziehungsweise fehlernährt.
  - Zentrale Instrumente sind der [PFLEGESTATUS](#) und der [TAGESPLAN 2](#), gegebenenfalls ergänzt durch einen [DURCHFÜHRUNGSNACHWEIS FÜR BESONDERE PFLEGE](#).
  - Reflexion und das Ergebnis des moralischen Entscheidungsweges finden sich im [REGIEBOGEN](#) und [PFLEGESTATUS](#) wieder, die Maßnahmen im [TAGESPLAN 2](#). Die Gründe für eine nicht beeinflussbare Gewichtsreduktion wurden dabei berücksichtigt.

### ***Kriterium 10 bb***

---

#### ***Werden individuelle Ressourcen und Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?***

Für alle Bewohner des Pflegeheims soll geprüft werden, ob ein Risiko bei der Flüssigkeitsversorgung besteht. Ist dies der Fall, ist das individuelle Risiko zu ermitteln und zu beschreiben.

Siehe analog Kriterium 7 bb

### ***Kriterium 11 bb***

---

#### ***Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?***

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn bei Bewohnern mit Einschränkungen der selbstständigen Flüssigkeitsaufnahme auf der Grundlage der Erfassung der individuellen Ressourcen und Risiken erforderliche Maßnahmen mit dem Bewohner abgestimmt und in der Pflegeplanung nachvollziehbar dokumentiert sind.

Siehe analog Kriterium 8 bb

## ***Kriterium 12 bb***

---

### ***Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?***

Der Flüssigkeitsversorgung der des Bewohners ist in folgenden Fällen als angemessen zu beurteilen:

- a) Der Bewohner hat keine Einschränkungen und Risiken bei der selbständigen Flüssigkeitszufuhr.
- b) Es bestehen Risiken und / oder Einschränkungen bei der selbständigen Flüssigkeitsaufnahme und das Pflegeheim führt alle aus der Risikofeststellung abgeleiteten Maßnahmen durch, aber der Bewohner ist trotzdem nicht ausreichend mit Flüssigkeit versorgt.

Siehe analog Kriterium 18 bb

## ***Kriterium 13 bb***

---

### ***Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?***

Die systematische Schmerzeinschätzung erfolgt in einer Befragung der Bewohner zu folgenden Inhalten:

- a) Schmerzlokalisierung
- b) Schmerzintensität
- c) Zeitliche Dimension (zum Beispiel erstes Auftreten, Verlauf, Rhythmus)
- d) Verstärkende und lindernde Faktoren
- e) Gegebenenfalls Auswirkungen auf das Alltagsleben

Bei Bewohnern mit eingeschränkten Kommunikationsfähigkeiten erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung mittels Beobachtung.

- Mit der [ANAMNESE](#) und im [PFLEGESTATUS](#) erfolgt eine allgemeine Einschätzung, bei Bedarf wird ein [SCHMERZPROTOKOLL](#) erstellt (nach McCaffery). Auf weitere Assessments wird verwiesen (ECPA, BEST, BISAD u.a.).
- Die pflegefachliche Reflexion erfolgt im [REGIEBOGEN](#).

## ***Kriterium 14 bb***

---

### ***Kooperiert das Pflegeheim bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?***

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn erkennbar ist, beziehungsweise vom Pflegeheim dargelegt wird, dass aufgrund der Ergebnisse der Krankenbeobachtung von Schmerzpatienten der behandelnde Arzt im Bedarfsfall unverzüglich informiert wird, insbesondere dann, wenn durch die eingenommenen Medikamente keine ausreichende Minderung der Schmerzen erreicht wird.

- Die Zusammenarbeit wird über den [REGIEBOGEN](#) gesteuert. Die Nachvollziehbarkeit der Kommunikation kann erhöht werden, indem entsprechende Einträge durchgängig mit Textmarker markiert werden.

### ***Kriterium 15 bb***

---

#### ***Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die verordneten Medikamente?***

Die Beurteilung dieses Kriteriums erfolgt anhand der Pflegedokumentation. Es gelten hier die Erläuterungen zum Kriterium 3 entsprechend.

- Die Medikation wird in [MEDIKAMENTENBLÄTTERN](#) festgehalten.
- Der Hilfebedarf bei der Medikation ist im [TAGESPLAN 2](#) dokumentiert.
- Die Dokumentation der Medikamentenabgabe erfolgt im [PFLEGEVERLAUFSBERICHT](#) (*nach Plan gepflegt*).
- Bei BTM empfiehlt es sich, die Abgabe in einem [DURCHFÜHRUNGSNACHWEIS FÜR BESONDERE PFLEGE](#) zu dokumentieren.

### ***Kriterium 16 bb***

---

#### ***Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz beziehungsweise mit Blasenkatheter die individuellen Ressourcen und Risiken erfasst?***

Bei der Informationssammlung beziehungsweise der Pflegeanamnese sind die individuellen Ressourcen / Fähigkeiten und die Probleme der Bewohner mit Inkontinenz oder Blasenkathetern zu ermitteln und zu beschreiben

- Diagnosen sind im [STAMMBLATT](#) dokumentiert. In der [ANAMNESE](#) und dem daraus abgeleiteten [PFLEGESTATUS](#) sind die Ressourcen und Probleme erfasst. Das Risikopotenzial Zystitis muss beachtet werden. Es ist das entsprechende Kontinenzprofil anzukreuzen sowie eventuelle harnableitende Systeme. Handlungsleitend muss dies im [TAGESPLAN 1](#), in der Transfermatrix in der Spalte *Inko. WC-Gang* sowie unter *Hinweise* geplant werden. Im [PFLEGEVERLAUFSBERICHT](#) wird die Inko-Versorgung dokumentiert.
- Ein Miktionsprotokoll kann über das [TABELLENBLATT](#) oder über ein [PROTOKOLL](#) erstellt werden. Das Beratungsdatum zum Umgang mit Harninkontinenz ist in der Risikobewertung im [PFLEGESTATUS](#) dokumentiert, der Beratungsinhalt im [REGIEBOGEN](#). Veränderungen werden im [LANGZEITVERLAUF](#) reflektiert.
- Relevante Veränderungen werden im [REGIEBOGEN](#) dokumentiert.



## Kriterium 17 bb

---

### *Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz beziehungsweise mit Blasenkatheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?*

Bei Bewohnern mit Inkontinenz sind durchzuführende geeignete Maßnahmen insbesondere:

- a) der Einsatz geeigneter Inkontinenzprodukte, sofern dies im Ermessen der Einrichtung steht,
- b) ein Kontinenztraining / Toilettentraining beziehungsweise die individuelle Planung und Durchführung von Toilettengängen
- c) und gegebenenfalls nach ärztlicher Anordnung die Versorgung mit einem Blasenkatheter nach hygienischen Grundsätzen.

Das Kriterium kann auch mit „Ja“ beantwortet werden, wenn das Pflegeheim den Arzt nachweislich darüber informiert hat, dass die Behandlung nicht dem aktuellen Stand des Wissens entspricht und der Arzt die Anordnung nicht angepasst hat.

- Der Einsatz geeigneter Inkontinenzprodukte und das Kontinenztraining / Toilettentraining wird im [TAGESPLAN 1](#) umfassend geplant.
- Besonders zu beachten: Bei DK die Charrière-Größe sowie Art des Katheters und Blockung gegebenenfalls im [PFLEGESTATUS](#) notieren. Wechsel des DK und des Beutels in der [MONATSÜBERSICHT](#) eintragen.
- Der Nachweis für die Durchführung von Toilettengängen erfolgt im [PFLEGEVERLAUFSBERICHT](#). Über Abkürzungen wird auch dokumentiert, ob und in welchem Zeitfenster Toilettengänge / Inko-Wechsel durchgeführt werden, und ob die Vorlagen nass oder trocken sind.

## Kriterium 18 bb

---

### *Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?*

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn für alle Bewohner des Pflegeheims geprüft worden ist, ob ein erhöhtes Sturzrisiko besteht. Ist dies der Fall, ist das individuelle Sturzrisiko zu beschreiben.

- Die vom Expertenstandard vorgegebenen Kriterien sind im [STAMMBLATT](#) (Diagnosen), in der [ANAMNESE](#) und im [PFLEGESTATUS](#) einschließlich der risikorelevanten Diagnosen und Medikamente erfasst.
- Im [PFLEGESTATUS](#), im Lebensbereich **Bewegung** werden die umgebungsbezogenen Risikofaktoren (z.B. Teppichbrücke) handschriftlich ergänzt.
- In der [BEWEGUNGSANAMNESE](#) werden alle relevanten körperlichen Einschränkungen der Gelenke beschrieben.

- Die Informationen aus den einzelnen Formularen werden durch die Risikobewertung im [PFLEGESTATUS](#) verknüpft.
- Das Beratungsdatum zum Umgang mit Sturzrisiko ist in der Risikobewertung im [PFLEGESTATUS](#) dokumentiert, der Beratungsinhalt im [REGIEBOGEN](#). Veränderungen werden im [LANGZEITVERLAUF](#) reflektiert.

### **Kriterium 19 bb**

---

#### ***Werden erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?***

Auf der Basis des individuell einzuschätzenden Sturzrisikos sind entsprechende Maßnahmen durchzuführen. Hier kommen insbesondere folgende Maßnahmen zur Sturzprophylaxe in Betracht:

- a) Übungen zur Steigerung der Kraft und Balance
- b) Anregung zur Überprüfung und Anpassung der Medikation durch den Arzt
- c) Verbesserung der Sehfähigkeit
- d) Anpassung der Umgebung (zum Beispiel Beseitigung von Stolperfallen und Verbesserung der Beleuchtung, Einsatz geeigneter Hilfsmittel)

- Die Maßnahmen zur Sturzprophylaxe werden im [TAGESPLAN](#) geplant. Sie berücksichtigen die *integrierte Prophylaxe* im Pflegeablauf sowie die Beschäftigungs- und Fördermaßnahmen.
- Die Evaluation erfolgt täglich mit dem Nachweis *Nach Plan gepflegt* oder *Vom Plan abgewichen*.
- Die Risikobewertung erfolgt im [PFLEGESTATUS](#).
- Die Bewertung zum Beispiel möglicher Stolperfallen in Absprache mit dem\*der Bewohner\*in erfolgt im [REGIEBOGEN](#) im Rahmen der Sturzanalyse, diese Maßnahmen liegen im Verantwortungsbereich der Einrichtung.
- Im REGIEBOGEN werden außerdem notwendige ärztliche Anregungen und Anpassungen der Medikation dokumentiert.

### **Kriterium 20 bb**

---

#### ***Wird die Notwendigkeit der freiheitseinschränkenden Maßnahmen regelmäßig überprüft?***

Die Notwendigkeit freiheitseinschränkender Maßnahmen ist regelmäßig zu überprüfen (auch im Hinblick auf Alternativen) und zu dokumentieren. Das Überprüfungsintervall ist abhängig vom Krankheitsbild und vom Pflegezustand des Bewohners.

- Im [PFLEGESTATUS](#) wird zum Beispiel das Risiko zur Selbst- und Fremdgefährdung

- regelmäßig geprüft und eingeschätzt.
- Im [TAGESPLAN](#) werden die entsprechenden Maßnahmen festgelegt.
  - Der\*die Bewohner\*in bzw. die Angehörigen werden gegebenenfalls beraten, die Aktualität der Beratung wird im [PFLEGESTATUS](#) nachgewiesen, die Ergebnisse im [REGIEBOGEN](#) oder im [LANGZEITVERLAUF](#) dokumentiert.
  - Bei der Überprüfung der Maßnahmen sollten auch Maßnahmen mit geringeren freiheitsentziehenden Effekten eingeleitet werden. Die Dokumentation dessen erfolgt im [REGIEBOGEN](#).

### ***Kriterium 21 bb***

---

#### ***Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?***

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen der Bewohner oder richterliche Genehmigungen in der Pflegedokumentation schriftlich hinterlegt sind.

Sofern die freiheitseinschränkende Maßnahme wegen akuter Selbst- oder Fremdgefährdung (rechtfertigender Notstand) erfolgt, ist das Kriterium ebenfalls erfüllt.

- Im [STAMMBLATT](#) sind die Gültigkeitsdauer und Art der freiheitseinschränkenden Maßnahmen festgehalten. Sie liegen zum Beispiel in der Ablage der Dokumentation vor. Maßnahmen im Sinne des rechtfertigenden Notstandes werden im [REGIEBOGEN](#) festgehalten.

### ***Kriterium 22 bb***

---

#### ***Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?***

Diese Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn aus Telefonnotizen und sonstigen Einträgen in die Pflegedokumentation erkennbar ist, dass im Falle von Akuterkrankungen, Unfällen, Veränderungen des Gesundheitszustandes oder bei chronischen Erkrankungen Kontakt zum behandelnden Arzt aufgenommen wurde und gegebenenfalls die ärztlich empfohlenen Maßnahmen eingeleitet wurden.

Zum Beispiel bei:

- a) Anpassung therapeutischer Maßnahmen
- b) Besuch der Arztpraxis oder Bestellung Notarztes
- c) Veranlassung einer Notaufnahme in ein Krankenhaus durch einen Kranken- oder Rettungstransportwagen

- Im [REGIEBOGEN](#) werden alle ärztlich relevanten Informationen dokumentiert.

- Weitere Dokumente zum Nachweis der eingeleiteten Maßnahmen sind: [STAMMBLATT](#), [MEDIKAMENTENBLÄTTER](#), [DURCHFÜHRUNGSNACHWEIS FÜR BESONDERE PFLEGE](#), [WUNDPROTOKOLL](#), [SCHMERZPROTOKOLL](#), [BETREUUNG/THERAPIE](#)

### **Kriterium 23 bb**

---

***Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?***

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn das Pflegeheim die ärztlichen Anordnungen beachtet und deren Durchführung fachgerecht und eindeutig dokumentiert. Eindeutig dokumentiert ist eine behandlungspflegerische Maßnahme, wenn definiert ist, welche Maßnahme wann, wie, wie oft und womit durchgeführt werden soll.

Ist ein Eintrag in der Pflegedokumentation durch den Arzt nicht möglich, zum Beispiel im Notfall, sollte eine mündliche Anordnung des Arztes (auch per Telefon) durch eine Pflegefachkraft entgegen genommen und nach dem VUG-Prinzip (Vorlesen Und Genehmigen lassen) dokumentiert werden.

- Die ärztliche Verordnung wird im [REGIEBOGEN](#) dokumentiert, der Nachweis wird über den [DURCHFÜHRUNGSNACHWEIS FÜR BESONDERE PFLEGE](#) geführt.
- Ärztliche Anordnungen zur Medikation werden auf den [MEDIKAMENTENBLÄTTERN](#) dokumentiert.
- Die Durchführung von Medikamentengaben wird in der Regel über den [TAGESPLAN](#) beschrieben und im [PFLEGEVERLAUFSBERICHT](#) dokumentiert (*nach Plan gepflegt*). Von einigen Prüfer\*innen wird diese rechtmäßige Vorgehensweise nicht akzeptiert. In diesem Fall empfehlen wir die Dokumentation im [DURCHFÜHRUNGSNACHWEIS FÜR BESONDERE PFLEGE](#) oder in der [MONATSÜBERSICHT](#).

### **Kriterium 24 bb**

---

***Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen?***

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn das Pflegeheim die ärztlich verordneten Medikamente und deren Einnahme fachgerecht und vollständig dokumentiert hat. Eine fachgerechte und vollständige Dokumentation enthält folgende Angaben:

- a) die Applikationsform
- b) den vollständigen Medikamentennamen
- c) die Dosierung und Häufigkeit
- d) die tageszeitliche Zuordnung der Medikamentengabe

Sofern eine Bedarfsmedikation angeordnet ist, muss in der Pflegedokumentation festgehalten

sein, bei welchen Symptomen, welches Medikament in welcher Einzel- und bis zu welcher Tageshöchstdosierung zu verabreichen ist.

- Die [MEDIKAMENTENBLÄTTER](#) erfüllen diese Anforderungen, wenn sie korrekt ausgefüllt wurden.

### ***Kriterium 25 bb***

---

#### ***Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung?***

Ist eine Bedarfsmedikation angeordnet, muss in der Pflegedokumentation festgehalten sein, bei welchen Symptomen welches Medikament in welcher Einzel- und bis zu welcher Tageshöchstdosierung zu verabreichen ist, sofern die Tageshöchstdosierung vom Arzt jeweils festgelegt wurde.

- Die [MEDIKAMENTENBLÄTTER](#) (Seite 2) erfüllen diese Anforderungen, wenn sie korrekt ausgefüllt wurden.

### ***Kriterium 26 bb***

---

#### ***Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?***

Der Umgang mit Medikamenten ist sach- und fachgerecht, wenn

- a) die gerichteten Medikamente mit den Angaben in der Pflegedokumentation übereinstimmen,
- b) diese bewohnerbezogen beschriftet aufbewahrt werden,
- c) falls erforderlich eine Kühltanklagerung (2–8°) erfolgt,
- d) Betäubungsmittel verschlossen und gesondert aufbewahrt werden,
- c) bei einer begrenzten Gebrauchsdauer nach dem Öffnen der Verpackung das Anbruch- und Verfallsdatums ausgewiesen wird,
- d) Medikamente in Blisterpackungen mit eindeutigen Bewohner/innenangaben (insbesondere Name, Vorname, Geburtsdatum) sowie mit Angaben zu den Medikamenten (Name, Farbe, Form, Stärke) ausgezeichnet werden,
- e) bei Verblisterung die Medikamente direkt aus der Blisterpackung gereicht werden,
- f) bei Verblisterung eine kurzfristige Umsetzung der Medikamentenumstellung gewährleistet wird.

Dieser Aspekt betrifft die Pflegeorganisation.

- Dokumentiert wird dies durch die Angabe *Nach Plan gepflegt* bzw. *Vom Plan abgewichen* im [PFLEGEVERLAUFSBERICHT](#)

## **Kriterium 27 bb**

---

### ***Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?***

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn die Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt werden, das ist der Fall, wenn

- a) das Anlegen im Liegen bei entstauten Venen und abgeschwollenen Beinen erfolgt,
- b) der Kompressionsverband/-strumpf immer in Richtung des Körperrumpfes gewickelt/angezogen wird,
- c) der Kompressionsverband/-strumpf beim Anlegen faltenfrei ist.

Dieses Kriterium ist auch erfüllt, wenn das Anlegen nicht nach a) erfolgt, weil der pflegebedürftige Menschen dies wünscht und die Einrichtung den pflegebedürftigen Menschen nachweislich darüber informiert hat, dass die behandlungspflegerische Maßnahme nach a) – c) erfolgen sollte.

- Im [TAGESPLAN 1](#) wird die Maßnahme geplant. Mit Hilfe der Transfermatrix wird der Ort für das Anlegen der Kompressionsstrümpfe eindeutig angegeben.
- Alternativ kann dort unter *Hinweise* geplant werden: „Kompressionsverband im Bett“
- Die weiteren Kriterien sind allgemein anerkanntes Fachwissen. Nur wenn bei dem\*der Bewohner\*in die Fehler (b und c) sichtbar sind, ist die Pflege nicht fachgerecht.

## **Kriterium 28 bb**

---

### ***Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt?***

Das Kriterium ist erfüllt, wenn bei Bewohnern mit Ernährungssonden zu den üblichen Essenszeiten der Geschmackssinn angeregt wird.

- Im [TAGESPLAN 2](#) wird das orale Zusatzangebot beschrieben. Im [TAGESPLAN 1](#) wird die Mundpflege geplant, unter *Hinweise* werden individuelle Möglichkeiten geplant (zum Beispiel „basal stimulierende Mundpflege, Anregung der Geschmackssinne durch...“).

## **Kriterium 29 bb**

---

### ***Wird die erforderliche Körperpflege den Bedürfnissen und Gewohnheiten des Bewohners entsprechend durchgeführt?***

Die Frage bezieht sich nur auf die Bewohner, bei denen von der Einrichtung Maßnahmen der Körperpflege übernommen werden.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn in der Pflegedokumentation die auf die Maßnahmen der Körperpflege bezogenen Bedürfnisse und Gewohnheiten des Bewohners nachvollziehbar dokumentiert und bei der Umsetzung berücksichtigt sind.

- In der [ANAMNESE](#) werden Rituale, Gewohnheiten, etc. erfasst. Diese werden bei Bedarf im [TAGESPLAN](#) handlungsleitend individuell beschrieben.
- Grundsätzlich ist folgender Nachweis ausreichend: Ein Handzeichen im [PFLEGEVERLAUFSBERICHT](#) *Vom Plan abgewichen* oder *Nach Plan gepflegt*.
- Die Einwirkungsmöglichkeiten bei Ablehnung von Pflegemaßnahmen werden im [TAGESPLAN](#) unter *Besonders zu beachten* oder *Maßnahmen bei schwierigen Verhalten* geplant und die Ergebnisse im [PFLEGEVERLAUFSBERICHT](#) festgehalten.
- Wenn die Ablehnung zu einer Selbstgefährdung führt, dann wird dies im [PFLEGESTATUS](#) (Seite 2) reflektiert und die Beratung im [REGIEBOGEN](#) dokumentiert.

### **Kriterium 30 bb**

---

***Wird die erforderliche Mund- und Zahnpflege den Bedürfnissen und Gewohnheiten des Bewohners entsprechend durchgeführt?***

Die Frage bezieht sich nur auf die Bewohner, bei denen von der Einrichtung Maßnahmen der Mund- und Zahnpflege übernommen werden.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn in der Pflegedokumentation die auf die Maßnahmen der Mund- und Zahnpflege bezogenen Bedürfnisse und Gewohnheiten des Bewohners nachvollziehbar dokumentiert und bei der Umsetzung berücksichtigt sind.

- In der [ANAMNESE](#) werden Rituale, Gewohnheiten, etc. erfasst. Diese werden bei Bedarf im [TAGESPLAN](#) handlungsleitend individuell beschrieben.
- Grundsätzlich ist als Nachweis ausreichend: Ein Handzeichen im [PFLEGEVERLAUFSBERICHT](#) bei *Vom Plan abgewichen* oder *Nach Plan gepflegt*.
- Die Einwirkungsmöglichkeiten bei Ablehnung von Pflegemaßnahmen werden im [TAGESPLAN](#) unter *Besonders zu beachten* oder *Maßnahmen bei schwierigen Verhalten* geplant und die Ergebnisse im [PFLEGEVERLAUFSBERICHT](#) festgehalten.
- Wenn die Ablehnung zu einer Selbstgefährdung führt, dann wird dies im [PFLEGESTATUS](#) (Seite 2) reflektiert und die Beratung im [REGIEBOGEN](#) dokumentiert.

### **Kriterium 31 bb**

---

***Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt?***

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn der Bewohner während des Dienstes (Frühdienst, Spätdienst, Nachtdienst) von einem überschaubaren Pflgeteam über einen längeren Zeitraum (mehrere Tage) versorgt wird.

- Dies kann problemlos im [PFLEGEVERLAUFSBERICHT](#) nachvollzogen werden.

### **Kriterium 32 bb**

---

Dieses Kriterium ist für die Dokumentation mit PFLEGE•ZEIT nicht relevant.

### **Kriterium 33 bb**

---

***Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biografie beachtet und bei der Tagesgestaltung berücksichtigt?***

Das Kriterium ist erfüllt, wenn die individuelle Tagesgestaltung auf der Grundlage der Biografie des Bewohners erfolgt. Dazu können zum Beispiel Weckrituale, die Berücksichtigung von Vorlieben bei den Mahlzeiten und Schlafgewohnheiten oder Maßnahmen zur sozialen Integration in die Einrichtung gehören.

Die Frage ist mit „trifft nicht zu“ (t.n.z.) zu beantworten, wenn nachvollziehbar keine Möglichkeiten der Informationssammlung zur Biografie bestanden.

- Die biografischen Angaben und Lebensgewohnheiten werden im [TAGESPLAN](#) bei der Planung aller Maßnahmen, wie Pflege, Betreuung, Beschäftigung, usw. handlungsleitend berücksichtigt.
- Biografische Daten, Vorlieben, Rituale und Gewohnheiten werden in der [ANAMNESE](#) sowie gegebenenfalls in der [PFLEGE•ZEIT BIOGRAFIE](#) erfasst.
- Wird die Angabe biografischer Daten abgelehnt oder können diese nicht in Erfahrung werden, wird dies in der [ANAMNESE](#) festgehalten.

### **Kriterium 34 bb**

---

***Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege einbezogen?***

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn bei demenzkranken Bewohnern aus der Pflegedokumentation ersichtlich ist, dass Angehörige oder andere Bezugspersonen in die Planung der Pflege und Betreuung einbezogen wurden. Bei diesen Heimbewohnern können oftmals nur Angehörige oder Freunde Hinweise auf Vorlieben, Abneigungen, Gewohnheiten, Hobbys, Bildung usw. geben.

Die Frage ist mit „trifft nicht zu“ (t.n.z.) zu beantworten, wenn keine Angehörigen oder andere Bezugspersonen erreichbar oder vorhanden sind oder die Einbeziehung ausdrücklich nicht gewünscht war.

- Dies wird im [TAGESPLAN 2](#) handlungsleitend erfasst.
- Hinweise zu Vorlieben, Gewohnheiten, etc. werden in der [ANAMNESE](#) abgefragt.
- Veränderungen werden im [LANGZEITVERLAUF](#) erfasst und evaluiert und im [Tagesplan 2](#) handlungsleitend beschrieben. Dabei steht das Selbstbestimmungsrecht des



Bewohners\*der Bewohnerin im Vordergrund. Kann er\*sie sich nicht mehr äußern, dann werden die Absprachen mit den Angehörigen oder anderen Bezugspersonen im [REGIEBOGEN](#) festgehalten

### **Kriterium 35 bb**

---

#### ***Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung in der Pflegeplanung berücksichtigt?***

Bei der Pflegeplanung müssen die Bedürfnisse, die Biografie, die Potenziale und die Selbstbestimmung des Bewohners berücksichtigt werden. Sofern der Bewohner dazu selbst keine hinreichenden Auskünfte geben kann, sind nach Möglichkeit (vgl. auch Nr. 37) Angehörige, Freunde oder gegebenenfalls der Betreuer darüber zu befragen.

- Die Selbstbestimmung bei Bewohner\*innen mit Demenz werden zum Beispiel im [TAGESPLAN 2](#) mit Vorlieben und Abneigungen, *positive und negative Reaktion auf...* handlungsleitend beschrieben.
- Abweichungen vom Plan und Ablehnung von Angeboten werden im PFLEGEVERLAUFSBERICHT dokumentiert und gelten als Nachweis für die Selbstbestimmung.

### **Kriterium 36 bb**

---

#### ***Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag ermittelt und dokumentiert und werden daraus Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?***

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn bei demenzkranken Bewohnern das Wohlbefinden der Bewohner im Pflegealltag ermittelt und bei der bei der Durchführung der geplanten Maßnahmen der Pflege und Betreuung berücksichtigt wird. Aussagen zum Wohlbefinden sowie sich daraus gegebenenfalls im Pflegealltag ergebende Änderungen bei der Durchführung der geplanten Maßnahmen der Pflege und Betreuung sind der Pflegedokumentation nachvollziehbar zu dokumentieren.

- Das Wohlbefinden wird im [PFLEGEVERLAUFSBERICHT](#) festgehalten.
- Die pflegfachliche Reflexion erfolgt im [REGIEBOGEN](#).
- Veränderungen, die dauerhafte Auswirkung auf die tägliche Pflege haben, werden bei Überarbeitung des [TAGESPLANS](#) berücksichtigt.
- Im Formular [BETREUUNG/THERAPIE](#) sind Aussagen zur Verbesserung und Verschlechterung des Wohlbefindens dokumentiert.

### **Kriterien 36 bb bis 39 bb**

---

Für diese Kriterien ist die Dokumentation mit PFLEGE•ZEIT nicht relevant.

## ***Kriterium 40 bb***

---

### ***Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/Beschäftigungsangebote gemacht?***

Bei demenzkranken Bewohnern werden deren Bedürfnissen ansprechende Angebote wie z.B. Spaziergänge, Ausflüge, Bewegungsübungen, Singen, Vor-lesen, Snoezelen, 10-Minuten-Aktivierung, Einsatz von Tieren oder auch Besuche von Veranstaltungen außerhalb der stationären Pflegeeinrichtung gemacht.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn aus der Pflegedokumentation oder anderen geeigneten Dokumenten klar hervorgeht, dass entsprechende Angebote durchgeführt wurden.

- Im [TAGESPLAN 2](#) werden die Beschäftigungsangebote handlungsleitend geplant und die Durchführung im [PFLEGEVERLAUFSBERICHT](#) dokumentiert.
- Im Formular [BETREUUNG/THERAPIE](#) werden Angebote (zum Beispiel § 87b) handlungsleitend geplant und die Durchführung dokumentiert.

## ***Kriterien 40 bb bis 77 bb***

---

Für diese Kriterien ist die Dokumentation mit PFLEGE•ZEIT nicht relevant.