

## *Die Transparenzkriterien in PFLEGE•ZEIT ambulant*

*Liebe PFLEGE•ZEITler,*

dieses Dokument bietet einen Überblick über die Elemente der Transparenzkriterien und zeigt wie sie in PFLEGE•ZEIT umgesetzt werden können. Wir möchten Ihnen so ermöglichen, selbst einen Überblick über den Stand ihrer Dokumentation und ihre Prüfungssicherheit zu erlangen.

Im Folgenden haben wir zu jedem Kriterium Hinweise erstellt, die zeigen an welchen Stellen in Ihrer Dokumentation die entsprechenden Nachweise zu finden sind.

Die jeweils aktuelle Version dieses Dokuments finden Sie auf unserer Internetseite [www.PFLEGE-ZEIT.de](http://www.PFLEGE-ZEIT.de) im Bereich Ressourcen.

Wenn Sie sich für weitere Begleitung rund um Pflegedokumentation, Qualitätsmanagement oder Konzept- und Organisationsentwicklung interessieren, wenden Sie sich bitte direkt an uns. Sie erreichen uns telefonisch unter 04346 319680





*Mit freundlichen Grüßen*


*Ihr PFLEGE•ZEIT Team*


### *Hinweise*


- Dieses Dokument bezieht sich auf das ambulante System.
- Besondere Beachtung findet bei der Bewertung der Qualität nach den Transparenzkriterien, ob sich die Individualität des Bewohners, seine Vorlieben, Abneigungen, Rituale und Besonderheiten in der Pflegedokumentation wiederfinden. Bitte achten Sie daher besonders auf die entsprechenden Angaben im Pflegestatus und den Tagesplänen.
- Dieses Dokument ist keine Anleitung zum Einsatz des Systems PFLEGE•ZEIT und kann nicht die Kenntnis und Erfahrung mit dem System ersetzen. Viele weitergehende Fragen werden in der PFLEGE•ZEIT Anleitung beantwortet. Für Fragen stehen auch wir Ihnen selbstverständlich gern zur Verfügung.
- Bitte achten Sie darauf, die möglichst aktuellen Formulare einzusetzen. Wir entwickeln PFLEGE•ZEIT beständig weiter und passen es dem Stand des Wissens an. Profitieren Sie von dieser Arbeit.
- Diese Erläuterungen können auch während einer Prüfung im Dialog mit dem Prüfer hilfreich sein, sollte er/sie die Informationen zu einem Kriterium nicht gleich finden.


<b>1</b> <b>kb</b>	<p>Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?</p> <p>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Körperpflege vereinbart wurden, in der Pflegedokumentation die auf die Maßnahmen der Körperpflege bezogenen Wünsche nachvollziehbar dokumentiert und bei der Umsetzung berücksichtigt sind. Der Nachweis der Berücksichtigung kann im Einzelfall ergänzend auch über teilnehmende Beobachtung während der Prüfung erfolgen.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Der individuelle Hilfebedarf wird auf dem Tagesplan Pflege handlungsleitend geplant. Augenmerk liegt auf den Hinweisen zur Körperpflege sowie 'Besonders zu beachten'.</i></li> <li>• <i>Die Dokumentation erfolgt in der Monatsübersicht, Beobachtungen bei der Durchführung finden sich im Regiebogen Kunde. Augenmerk in der Monatsübersicht liegt auf der Zeile 'Duschen Baden Haare waschen'</i></li> </ul>
<b>2</b> <b>kb</b>	<p>Werden die individuellen Wünsche zum Essen und Trinken im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?</p> <p>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Ernährung/Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme vereinbart wurden, in der Pflegedokumentation die auf die Maßnahmen der Ernährung/Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme bezogenen Wünsche nachvollziehbar dokumentiert und bei der Umsetzung berücksichtigt sind. Der Nachweis der Berücksichtigung kann im Einzelfall ergänzend auch über teilnehmende Beobachtung während der Prüfung erfolgen.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Die Hilfebedarfe im Lebensbereich Essen und Trinken werden auf dem Tagesplan Pflege handlungsleitend geplant, die individuellen Wünsche des Kunden auf dem Tagesplan Haushaltsführung festgehalten.</i></li> <li>• <i>Die Dokumentation erfolgt in der Monatsübersicht, Beobachtungen bei der Durchführung finden sich im Regiebogen Kunde.</i></li> </ul>
<b>3</b> <b>kb</b>	<p>Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt?</p> <p>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Flüssigkeitsaufnahme vereinbart wurden, diese Leistungen vereinbarungsgemäß durchgeführt und nachvollziehbar in der Pflegedokumentation dokumentiert wurden.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Bei nicht gesicherter Trinkmenge kann im Tabellenblatt die Menge und Art der Getränke festgehalten werden. Private Pflegepersonen sollten bei der Erfassung der Trinkmenge einbezogen werden.</i></li> <li>• <i>Über den Regiebogen erfolgen die fortlaufende Dokumentation der Beobachtungen und die pflegfachliche Reflexion, ob weitere Maßnahmen erforderlich sind.</i></li> </ul>




<b>4 kb</b>	<p>Werden die individuellen Ressourcen und Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind? (MDK 14.8 a und b teilweise)</p> <p>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Unterstützung bei der Flüssigkeitsaufnahme vereinbart wurden, die individuellen Ressourcen und Risiken zur Flüssigkeitsversorgung in der Pflegedokumentation berücksichtigt wurden.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Im Pflegestatus werden Rituale, Gewohnheiten, Vorlieben, Abneigungen und die Risiken erfasst. Gleichzeitig werden auch Kompensationsmöglichkeiten ermittelt. Entsprechend der Ressourcen werden die Hilfebedarfe im Tagesplan Pflege und Tagesplan Hauswirtschaft handlungsleitend individuell geplant.</i></li> <li>• <i>Für eine Risikoermittlung können die Erfassung der Einfuhr und ihre Dokumentation auf dem Tabellenblatt hilfreich sein.</i></li> <li>• <i>Die pflegfachliche Reflexion wird im Regiebogen notiert.</i></li> </ul>
<b>5 kb</b>	<p>Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger informiert bei erkennbaren Flüssigkeitsdefiziten? (MDK 14.8c teilweise)</p> <p>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen bei der Erbringung von Pflegeleistungen ein Flüssigkeitsdefizit sichtlich erkennbar ist und der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger auf mögliche Hilfen oder Abklärungsmöglichkeiten (z. B. Arzt) hingewiesen wurde.</p>
	<p><i>Entsprechend der ermittelten Risiken werden die Beratungstermine von Angehörigen und Betreuern im Pflegestatus festgehalten. Der genaue Beratungsinhalt wird im Regiebogen dokumentiert.</i></p>
<b>6 kb</b>	<p>Wurde die vereinbarte Leistung zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt? (MDK 14.8g teilweise)</p> <p>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Nahrungsaufnahme vereinbart wurden, diese Leistungen vereinbarungsgemäß durchgeführt und nachvollziehbar in der Pflegedokumentation dokumentiert wurden.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Bei ungenügender Nahrungsaufnahme kann im Tabellenblatt die Menge und Art der Nahrung festgehalten werden. Private Pflegepersonen sollten bei der Erfassung der Nahrungsmenge einbezogen werden.</i></li> <li>• <i>Über den Regiebogen erfolgen die fortlaufende Dokumentation der Beobachtungen und die pflegfachliche Reflexion, ob weitere Maßnahmen erforderlich sind.</i></li> </ul>
<b>7 kb</b>	<p>Werden die individuellen Ressourcen und Risiken bei der Ernährung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind? (MDK 14.8 a und b teilweise)</p> <p>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Ernährung/Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme vereinbart wurden, die individuellen Ressourcen und Risiken zur Ernährung in der Pflegedokumentation berücksichtigt wurden.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Im Pflegestatus werden Rituale, Gewohnheiten, Vorlieben, Abneigungen und die Risiken erfasst. Hier kann auch die Anwendung des Mini Nutritional Assessment (MNA) hilfreich sein. Gleichzeitig werden Kompensationsmöglichkeiten ermittelt.</i></li> <li>• <i>Entsprechend der Ressourcen werden die Hilfebedarfe im Tagesplan Pflege und Tagesplan Hauswirtschaft handlungsleitend individuell geplant.</i></li> </ul>
<b>8</b>	<p>Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger informiert bei erkennbaren</p>





<b>kb</b>	<p><b>Ernährungsdefiziten? (MDK 14.8 c teilweise)</b></p> <p>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen bei der Erbringung von Pflegeleistungen ein Ernährungsdefizit sichtlich erkennbar ist und der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger auf mögliche Hilfen oder Abklärungsmöglichkeiten (z. B. Arzt) hingewiesen wurde.</p>
	<p><i>Entsprechend der ermittelten Risiken werden die Beratungstermine von Angehörigen und Betreuern im Pflegestatus festgehalten. Der genaue Beratungsinhalt wird im Regiebogen dokumentiert.</i></p>





<b>9 kb</b>	<p><b>Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind? (ähnlich MDK 14.3a)</b></p> <p>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Ausscheidung vereinbart wurden, die individuellen Ressourcen und Risiken zu den Ausscheidungen in der Pflegedokumentation berücksichtigt wurden.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Im Pflegestatus werden Rituale, Gewohnheiten, etc. und die Risiken erfasst. Gleichzeitig werden auch Kompensationsmöglichkeiten ermittelt.</i></li> <li>• <i>Entsprechend der Ressourcen werden die Hilfebedarfe im Tagesplan Pflege und Tagesplan Hauswirtschaft handlungsleitend individuell geplant.</i></li> <li>• <i>Für eine Risikoermittlung können die Erfassung der Ausfuhr und ihre Dokumentation auf dem Tabellenblatt hilfreich sein. Die pflegefachliche Reflexion wird im Regiebogen notiert.</i></li> </ul>

<b>10 kb</b>	<p><b>Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt? (ähnlich MDK 14.3d)</b></p> <p>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung vereinbart wurden, diese Leistungen vereinbarungsgemäß durchgeführt und nachvollziehbar in der Pflegedokumentation dokumentiert wurden.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Der Einsatz geeigneter Inkontinenzprodukte und das Kontinenztraining / Toilettentraining wird im Tagesplan Pflege umfassend geplant.</i></li> <li>• <i>Besonders zu beachten: Bei DK die Charrière-Größe sowie Art des Katheters und Blockung ggf. im Pflegestatus dokumentieren. Wechsel des DK und des Beutels in der Monatsübersicht eintragen.</i></li> <li>• <i>Grundsätzlich ist folgender Nachweis ausreichend: Handzeichen beim entsprechenden LK im Leistungsnachweis.</i></li> </ul>





<b>11 kb</b>	<p><b>Wenn bei der Erbringung von vereinbarten Leistungen beim pflegebedürftigen Menschen für den Pflegedienst ein individuelles Dekubitusrisiko erkennbar ist, wird dieses dann erfasst?</b></p> <p>Diese Kriterien ist erfüllt, wenn ein pflegebedürftiger Mensch Leistungen der Grundpflege erhält, ein Dekubitusrisiko erkennbar ist und dieses in der Pflegedokumentation berücksichtigt wurde. Wenn ein Dekubitusrisiko erkennbar ist, erfolgt die Risikoeinschätzung mit dem Leistungsbeginn in der Grundpflege. Danach soll in individuell festgelegten Abständen oder bei Veränderungen im zeitlichen und inhaltlichen Zusammenhang mit den erbrachten Leistungen ein Eintrag in der Pflegedokumentation erfolgen.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Im Pflegestatus werden Rituale, Gewohnheiten, etc. und die Risiken erfasst. Gleichzeitig werden auch Kompensationsmöglichkeiten ermittelt.</i></li> <li>• <i>Entsprechend der Ressourcen werden die Hilfebedarfe im Tagesplan Pflege und Tagesplan Hauswirtschaft handlungsleitend individuell geplant.</i></li> <li>• <i>Für eine Risikoermittlung kann eine Ermittlung des Dekubitusrisikos mittels der Bradenskala</i></li> </ul>

	<p><i>hilfreich sein.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Die pflegefachliche Reflexion wird im Regiebogen notiert.</i></li> </ul>
12 kb	<p>Wird im Rahmen der vereinbarten Leistung Lagern eine gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vorgenommen?</p> <p>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen die Leistung Lagern vereinbart ist und die dekubitusgefährdet sind Lagerungs- und Bewegungstechniken ggf. unter Verwendung erforderlicher Hilfsmittel, haut- und gewebeschonend durchgeführt wurden.</p>
	<p><i>Spezielle Lagerungen (z.B. 30 Grad-Lagerungen) und Hilfsmiteinsatz werden im Durchführungsnachweis für besondere Pflege beschrieben und ausgewertet. Bis zu sechs (zwölf) Lagerungen können pro Tag abgezeichnet werden.</i></p>
13 kb	<p>Werden die individuellen Risiken hinsichtlich der Kontrakturen bei der Erbringung der vereinbarten Leistungen berücksichtigt?</p> <p>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen der Grundpflege vereinbart wurden, erkennbar Kontrakturrisiken vorliegen, im Rahmen der vereinbarten Leistungen diese Risiken nachvollziehbar dokumentiert und sofern möglich im zeitlichen und inhaltlichen Zusammenhang mit der Leistungserbringung berücksichtigt wurden (z.B. im Rahmen der vereinbarten Leistung Körperpflege im Bett oder Lagern ggf. eine physiologische Lagerung erfolgt oder im Rahmen der vereinbarten Leistung Mobilität ggf. Bewegungsförderungen erfolgen). Der Nachweis hierüber kann auch im Einzelfall ergänzend im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung erfolgen.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Im Pflegestatus werden Rituale, Gewohnheiten, etc. im Ankreuzverfahren eingeschätzt, individuell ergänzt und die Risiken erfasst. Gleichzeitig werden auch Kompensationsmöglichkeiten ermittelt.</i></li> <li>• <i>Entsprechend der Ressourcen werden die Hilfebedarfe im Tagesplan Pflege und Tagesplan Hauswirtschaft handlungsleitend individuell geplant.</i></li> <li>• <i>Für eine Risikoeinschätzung kann eine Ermittlung der Bewegungsressourcen mittels der Bewegungsanamnese hilfreich sein.</i></li> <li>• <i>Die pflegefachliche Reflexion wird im Regiebogen notiert.</i></li> <li>• <i>Die regelmäßige Analyse der Gefahrenpotenziale und Bewertung des Restrisikos befindet sich im Pflegestatus.</i></li> </ul>
14 kb	<p>Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt?</p> <p>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Mobilität vereinbart wurden, diese Leistungen vereinbarungsgemäß durchgeführt und nachvollziehbar in der Pflegedokumentation dokumentiert wurden.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Im Tagesplan Pflege oder in einem Durchführungsnachweis für besondere Pflege werden die Maßnahmen beschrieben.</i></li> <li>• <i>Über den Regiebogen erfolgen die fortlaufende Dokumentation der Beobachtungen und die pflegefachliche Reflexion, ob weitere Maßnahmen erforderlich sind.</i></li> <li>• <i>Grundsätzlich ist folgender Nachweis ausreichend: Handzeichen beim entsprechenden LK im Leistungsnachweis.</i></li> </ul>
15 kb	<p>Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet? (MDK 14.10b ähnlich)</p> <p>Das Kriterium ist erfüllt, wenn die vereinbarte Pflegeleistung bei pflegebedürftigen Menschen, bei denen eine gerontopsychiatrische Diagnose ärztlich festgestellt wurde, auf der Grundlage der pflegerelevanten</p>

	<p>Biografie (Vorlieben, Abneigungen oder Gewohnheiten) durchgeführt wird. Das Kriterium ist mit "trifft nicht zu" zu bewerten, wenn keine entsprechende ärztliche Diagnose vorliegt.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Die ärztlichen Diagnosen und die biographischen Informationen werden im Stammblatt festgehalten.</i></li> <li>• <i>Im Pflegestatus werden Rituale, Gewohnheiten, etc. und die Risiken erfasst. Gleichzeitig werden auch Kompensationsmöglichkeiten ermittelt.</i></li> <li>• <i>Entsprechend der Ressourcen und biographischen Informationen werden die Hilfebedarfe und besondere Handlungsanweisungen im Tagesplan Pflege und Tagesplan Hauswirtschaft handlungsleitend und individuell geplant.</i></li> </ul>
<p><b>16 kb</b></p>	<p>Werden die Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung informiert? (MDK 14.10c ähnlich)</p> <p>Das Kriterium ist erfüllt, wenn vom Arzt eine gerontopsychiatrische Diagnose festgestellt wurde und wenn Angehörige Tipps und Hinweise zum Umgang mit Demenz bekommen haben. Nachweise anhand von Pflegedokumentation (z.B. Hinweise auf Broschüren, Selbsthilfegruppen, Internetadressen). Das Kriterium ist mit "trifft nicht zu" zu bewerten, wenn keine entsprechende ärztliche Diagnose vorliegt.</p>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Entsprechend des Krankheitsbildes und eventueller Risiken werden die Beratungstermine von Angehörigen und Betreuern im Pflegestatus festgehalten.</i></li> <li>• <i>Der genaue Beratungsinhalt wird im Regiebogen dokumentiert. Hierzu gehören auch die Übergabe von Broschüren oder Adressenlisten für Selbsthilfegruppen, etc..</i></li> </ul>
<p><b>17 kb</b></p>	<p>Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen die notwendigen Einwilligungen oder Genehmigungen vor? (MDK 14.12a ähnlich)</p> <p>Das Kriterium ist erfüllt, wenn bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen schriftliche Einwilligungen der pflegebedürftigen Menschen oder richterliche Genehmigungen vorliegen. Sofern die freiheitseinschränkende Maßnahme wegen akuter Selbst- oder Fremdgefährdung (rechtfertigender Notstand) erfolgt, ist das Kriterium ebenfalls erfüllt, wenn dies aus der Pflegedokumentation ersichtlich ist und die Maßnahme nur kurzfristig erfolgt. Ggf. ist das Vormundschaftsgericht zu informieren.</p>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Bei bestehendem Gerichtsbeschluss oder persönlicher Einwilligung wird die Fixierung auf dem Stammblatt Seite 1 unter Besondere Hinweise dokumentiert.</i></li> <li>• <i>Bei einer akuten Notwendigkeit einer Fixierung erfolgt die fortlaufende Dokumentation über den Regiebogen und die pflegfachliche Reflexion, ob weitere Maßnahmen erforderlich sind.</i></li> </ul>
<p><b>18 kb</b></p>	<p>Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens? (MDK 13.23 und 14.2 ähnlich)</p> <p>Die Behandlung des Dekubitus / der chronischen Wunde entspricht dem aktuellen Stand des Wissens, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sie entsprechend der ärztlichen Verordnung erfolgt,</li> <li>• soweit erforderlich die Prinzipien der lokalen</li> <li>• Druckentlastung, bzw. der Kompression umgesetzt werden</li> <li>• die Versorgung der Wunde nach physiologischen und hygienischen Maßstäben erfolgt.</li> </ul> <p>Dieses Kriterium kann auch als erfüllt bewertet werden, wenn der Pflegedienst den Arzt nachweislich darüber informiert hat, dass die Behandlung nicht dem aktuellen Stand des Wissens entspricht und der Arzt seine Verordnung nicht angepasst hat.</p>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Die Art der Wundversorgung wird im Medikamentenblatt festgehalten. Die Wundbeschreibung und der Wundverlauf erfolgt ausführlich im Wund- und Schmerzprotokoll.</i></li> </ul>


	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Jede pflegfachliche Reflexion und jeder Kontakt zum Arzt sind im Regiebogen dokumentiert.</i></li> <li>• <i>Im Tagesplan werden haut- und gewebeschonende Lagerung und Transfertechnik, Druckentlastung beschrieben.</i></li> <li>• <i>Ergänzend sollte die Verankerung des Expertenstandards chronische Wunden in einer Verfahrensweisung erfolgen.</i></li> </ul>
<p><b>19 kb</b></p>	<p><b>Entspricht die Medikamentengabe Verordnung? (MDK 13.18g ähnlich)</b></p> <p>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der Pflegedienst die Medikamentengabe entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt und in der Pflegedokumentation dokumentiert hat. Die Durchschrift der ärztlichen Verordnung muss beim Pflegedienst hinterlegt sein. Sofern eine Bedarfsmedikation angeordnet ist, muss in der Pflegedokumentation festgehalten sein, wann welches Medikament in welcher Dosierung verabreicht worden ist.</p>
	<p><i>Das PFLEGE•ZEIT Medikamentenblatt erfüllt diese Anforderungen, wenn es korrekt ausgefüllt wurde. Weitere Informationen hierzu finden Sie in der PFLEGE•ZEIT Anleitung.</i></p>
<p><b>20 kb</b></p>	<p><b>Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen? (MDK 13.5 ähnlich)</b></p> <p>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der Pflegedienst die verordnete Leistung im genehmigten Umfang durchführt, dokumentiert, bewertet und hieraus ggf. erforderliche Konsequenzen zieht. Wenn die Verordnung des Arztes keine ggf. erforderlichen Konsequenzen beinhaltet, kann eine Information an den behandelnden Arzt als Konsequenz erforderlich sein. Erforderliche therapeutische Konsequenzen zieht ausschließlich der Arzt.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Die Blutdruckwerte werden im Tabellenblatt oder im Beobachtungsprotokoll festhalten.</i></li> <li>• <i>Die pflegfachliche Reflektion und die nötigen Arztkontakte und weiteren Behandlungsmaßnahmen werden im Regiebogen dokumentiert.</i></li> </ul>
<p><b>21 kb</b></p>	<p><b>Werden bei beatmungspflichtigen Menschen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht durchgeführt?</b></p> <p>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei beatmungspflichtigen Menschen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht entsprechend dem Standard/Leitlinien/Richtlinien des ambulanten Pflegedienstes durchgeführt wurden.</p>
	<p><i>Die Soor-, Parotitis- und Pneumonieprophylaxen werden im Tagesplan Pflege individuell geplant und handlungsleitend beschrieben.</i></p>
<p><b>22 kb</b></p>	<p><b>Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen? (MDK 13.6 teilweise)</b></p> <p>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der Pflegedienst die verordnete Leistung im genehmigten Umfang durchführt, dokumentiert, bewertet und hieraus die erforderlichen Konsequenzen zieht. Wenn die Verordnung des Arztes keine ggf. erforderlichen Konsequenzen beinhaltet, kann eine Information an den behandelnden Arzt als Konsequenz erforderlich sein. Erforderliche therapeutische Konsequenzen zieht ausschließlich der Arzt.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Die Blutzuckerwerte werden im Tabellenblatt oder im Beobachtungsprotokoll festhalten.</i></li> </ul>




	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die pflegfachliche Reflexion und die nötigen Arztkontakte und weiteren Behandlungsmaßnahmen werden im Regiebogen dokumentiert.</li> </ul>
<b>23 kb</b>	<p>Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert? (MDK 13.12d teilweise)</p> <p>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der Pflegedienst die verordnete Leistung im genehmigten Umfang durchführt, dokumentiert und bei Komplikationen den Arzt informiert.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Injektionsart, Medikament, Dosierung, etc. werden im Medikamentenblatt festgehalten.</li> <li>Auf dem Durchführungsnachweis für besondere Pflege können bis zu 6 Injektionen pro Tag dokumentiert werden.</li> <li>Die pflegfachliche Reflexion und weitere Schritte (z.B. Arztkontakt) erfolgen im Regiebogen.</li> </ul>
<b>24 kb</b>	<p>Wird mit Kompressionsstrümpfen/-verbänden sachgerecht umgegangen? (MDK 13.24)</p> <p>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn die Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt werden, das ist der Fall, wenn</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>das Anlegen im Liegen bei entstauten Venen und abgeschwollenen Beinen erfolgt,</li> <li>der Kompressionsverband/-strumpf immer in Richtung des Körperrumpfes gewickelt/angezogen wird,</li> <li>der Kompressionsverband/-strumpf beim Anlegen faltenfrei ist.</li> </ol> <p>Dieses Kriterium ist auch erfüllt, wenn das Anlegen nicht nach a) erfolgt, weil der pflegebedürftige Menschen dies wünscht und der ambulante Pflegedienst den pflegebedürftigen Menschen nachweislich darüber informiert hat, dass die behandlungspflegerische Maßnahme nach a) – c) erfolgen sollte.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Im Tagesplan wird die Maßnahme im geplant. Mit Hilfe der Transfermatrix wird der Ort für das Anlegen der Kompressionsstrümpfe eindeutig angegeben.</li> <li>Alternativ: Bei Hinweis: „Kompressionsverband im Bett“</li> <li>Die weiteren Kriterien sind allgemein anerkanntes Fachwissen. Nur wenn beim Bewohner vor Ort die Fehler (b und c) sichtbar sind, ist die Pflege nicht fachgerecht.</li> </ul>
<b>25 kb</b>	<p>Wird die Katheterisierung der Harnblase entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert? (MDK 14.4 teilweise)</p> <p>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn dokumentiert ist, dass Art, Umfang und Inhalt der ärztlich verordneten Leistungen durchgeführt wurden. Sofern Komplikationen aufgetreten sind, müssen diese sowie die anschließende Information an den Arzt hierzu festgehalten worden sein.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bei DK wird die Charrière-Größe sowie Art des Katheters und Blockung im Pflegestatus dokumentiert.</li> <li>Wechsel des DK und des Beutels werden in der Monatsübersicht eintragen.</li> <li>Bei Komplikationen erfolgt die pflegfachliche Reflexion, ggf. die Dokumentation von Arztkontakten und notwendigen Maßnahmen im Regiebogen.</li> </ul>
<b>26 kb</b>	<p>Wird die Stomabehandlung entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert? (MDK 13.19 ähnlich)</p> <p>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn dokumentiert ist, dass Art, Umfang und Inhalt der ärztlich verordneten Leistungen durchgeführt wurden. Sofern Komplikationen aufgetreten sind, müssen diese sowie die anschließende Information an den Arzt hierzu festgehalten worden sein.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bei Stomaträgern werden bei der Aufnahme die notwendigen Materialien im Pflegestatus festgehalten.</li> <li>Die Beschreibung der Maßnahme und die aktuell notwendigen Materialien werden im</li> </ul>



	<p><i>Durchführungsnachweis beschrieben und es wird die Durchführung abgezeichnet.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Am Monatsende erfolgt eine kurze Auswertung der Maßnahmen.</i></li> <li>• <i>Bei Komplikationen erfolgt die pflegefachliche Reflexion, ggf. die Dokumentation von Arztkontakten und notwendigen Maßnahmen im Regiebogen.</i></li> </ul>
--	--

<p><b>27</b> <b>kb</b></p>	<p>Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?</p> <p>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn eine ärztlich verordnete Leistung durchgeführt wird und nachweislich bei den in Augenschein genommenen Patienten über Einträge in der Pflegedokumentation oder durch Vorlage der ärztlichen verordneten Leistungen oder anderer geeigneter Nachweise eine Kommunikation des ambulanten Pflegedienstes mit dem Arzt erfolgt. Relevante Normwertabweichungen, Notfallsituationen oder andere unmittelbar mit der verordneten Leistung zeitlich und inhaltlich zusammenhängende relevante Gesundheitszustandsveränderungen mit Auswirkungen auf Umfang, Inhalt, Dauer oder Art der ärztlich verordneten Leistungen müssen grundsätzlich eine Kommunikation mit dem Arzt zur Folge haben.</p> <p>Nicht bewertet werden kann diese Frage, wenn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• keine ärztlich verordneten Leistungen durchgeführt werden oder</li> <li>• der behandlungspflegerische Bedarf entsprechend der ärztlichen Verordnung im festgelegten Zeitraum konstant ist und eine Kommunikation nicht erforderlich ist.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Im Regiebogen werden alle arztrelevanten Informationen dokumentiert.</i></li> <li>• <i>Evtl. weiterführende Dokumente zum Nachweis der eingeleiteten Maßnahmen: Stammblatt, Medikamentenblatt, Durchführungsnachweis, Beobachtungsprotokoll, Wund- und Schmerzprotokoll, Physio- /Ergotherapieblatt</i></li> </ul>

<p><b>28</b> <b>kb</b></p>	<p>Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde? (MDK 12.2a)</p> <p>Das Kriterium ist erfüllt, wenn anhand der Pflegedokumentation oder eines anderen schriftlichen Nachweises die Durchführung eines Erstgespräches belegt wird.</p> <p>Die Frage ist mit „trifft nicht zu“ zu bewerten, wenn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• der Zeitpunkt des Erstgesprächs länger als zwei Jahre zurück liegt oder</li> <li>• mit dem pflegebedürftigen Menschen aufgrund kognitiver Defizite ein Erstgespräch nicht geführt werden konnte oder</li> <li>• wenn der pflegebedürftige Mensch das Angebot nicht angenommen hat</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Im Stammblatt wird das Aufnahmedatum eingetragen. Die Informationen aus dem Aufnahmegespräch und die Aufträge an den Pflegedienst werden im Pflegestatus festgehalten.</i></li> <li>• <i>Im Regiebogen PDL werden die weiteren Schritte beschrieben.</i></li> </ul>

Für Kriterien 29 bis 49 ist PFLEGE•ZEIT nicht relevant