

**Erhebungsbogen  
zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI  
in der stationären Pflege**

Legende/Antwortoptionen:

- M = Mindestangabe
- Info = Informationsfrage
- T = Transparenzkriterium
- B = (sonstige) Bewertungsfrage
- E = Empfehlung
  
- Ja
- Nein
- t.n.z = trifft nicht zu
- nicht geprüft
- immer
- häufig
- geleg. = gelegentlich
- nie
- k. A. = keine Angabe
  
- MA = Mitarbeiter<sup>1</sup>
- PFK = Pflegefachkraft

---

<sup>1</sup>Da die Verwendung der geschlechtlichen Paarformen die Verständlichkeit und Klarheit erheblich einschränken würde, wird auf die Nennung beider Formen verzichtet. Die verwendeten Personenbezeichnungen gelten deshalb jeweils auch in ihrer weiblichen Form.

# Erhebungsbogen zur Prüfung in der stationären Pflegeeinrichtung (Struktur- und Prozessqualität)

## 1. Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

| M/Info                     |  |
|----------------------------|--|
| <b>1.1 Auftragsnummer:</b> |  |

| M/Info   |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
|--|--|----|--|----|--|----|--|----|--|
| <b>1.2 Daten zur Einrichtung</b>                                 |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| <b>a. Name</b>   |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| <b>b. Straße</b>   |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| <b>c. PLZ/Ort</b>  |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| <b>d. Institutionskennzeichen (IK)</b>                           | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border: none;">1.</td><td></td></tr> <tr><td style="border: none;">2.</td><td></td></tr> <tr><td style="border: none;">3.</td><td></td></tr> <tr><td style="border: none;">4.</td><td></td></tr> </table> | 1. |  | 2. |  | 3. |  | 4. |  |
| 1.   |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| 2.   |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| 3.   |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| 4.   |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| <b>e. Telefon</b>  |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| <b>f. Fax</b>  |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| <b>g. E-Mail</b>   |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| <b>h. Internet-Adresse</b>                                       |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| <b>i. Träger/Inhaber</b>   |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| <b>j. Trägerart</b>  | <input type="checkbox"/> privat<br><input type="checkbox"/> freigemeinnützig<br><input type="checkbox"/> öffentlich<br><input type="checkbox"/> nicht zu ermitteln   |    |  |    |  |    |  |    |  |
| <b>k. ggf. Verband</b>   |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| <b>l. Einrichtungsart</b>  | <input type="checkbox"/> stationär<br><input type="checkbox"/> teilstationär<br><input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| <b>m. Datum Abschluss Versorgungsvertrag</b>                     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| <b>n. Datum Inbetriebnahme der stationären Pflegeeinrichtung</b> |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| <b>o. Heimleitung Name</b>                                       |  |    |  |    |  |    |  |    |  |

|    |   |  |
|----|---|--|
| p. | <b>Verantw. PFK Name</b>                          |  |
| q. | <b>Stellv. verantw. PFK Name</b>                  |  |
| r. | <b>ggf. vorhandene Zweigstellen/Filialen</b>      |  |
| s. | <b>Zertifizierung</b>                             | <input type="checkbox"/> liegt vor<br><input type="checkbox"/> liegt nicht vor |
| t. | <b>Name des Ansprechpartners für die DCS</b>      |  |
| u. | <b>E-Mail des Ansprechpartners für die DCS</b>    |  |
| v. | <b>Rufnummer des Ansprechpartners für die DCS</b> |  |
| w. | <b>Faxnummer des Ansprechpartners für die DCS</b> |  |

| M/Info                       |  |  |
|------------------------------|--|--|
| <b>1.3 Daten zur Prüfung</b> |  |  |
| a.                           | <b>Auftraggeber / Zuständiger Landesverband der Pflegekassen</b> | <input type="checkbox"/> AOK <input type="checkbox"/> KBS<br><input type="checkbox"/> BKK <input type="checkbox"/> LKK<br><input type="checkbox"/> IKK <input type="checkbox"/> vdek |
| b.                           | <b>Prüfung durch</b>   | <input type="checkbox"/> MDK <input type="checkbox"/> PKV-Prüfdienst   |
| c.                           | <b>Datum</b>   |  |
|                              |  | <b>von TT.MM.JJJJ      bis TT.MM.JJJJ</b>  |
| d.                           | <b>Uhrzeit</b>   |  |
|                              | <b>1. Tag</b>  | <b>von      bis</b>  |
|                              |  |  |
|                              | <b>2. Tag</b>  | <b>von      bis</b>  |
|                              |  |  |
|                              | <b>3. Tag</b>  | <b>von      bis</b>  |
| e.                           | <b>Gesprächspartner der stationären Pflegeeinrichtung</b>        |  |
|                              |  |  |
|                              |  |  |
|                              |  |  |
| f.                           | <b>Prüfende(r) Gutachter</b>                                     |  |
|                              |  |  |
|                              |  |  |
| g.                           | <b>An der Prüfung Beteiligte</b>                                 | <b>Namen</b>   |

|  |                      |
|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Pflegekasse   |                      |
| <input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger   |                      |
| <input type="checkbox"/> Nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde |                      |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt  |                      |
| <input type="checkbox"/> Trägerverband   |                      |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: welche?   |                      |
| <b>h.</b> Ansprechpartner des MDK/PKV-Prüfdienstes für die DCS                         | <b>Name</b>          |
|  | <b>E-Mailadresse</b> |

| <small>M/Info</small>   |  |            |
|---|--|------------|
| <b>1.4 Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI</b>  |  |            |
| a. <input type="checkbox"/> Regelprüfung  |  |            |
| b. <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Beschwerde Bewohner, Angehörige o.ä.)<br><input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Hinweise von anderen Institutionen)<br><input type="checkbox"/> Anlassprüfung (sonstige Hinweise) |  |            |
| c. <input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung nach Regelprüfung<br><input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung nach Anlassprüfung  |  |            |
| d. <input type="checkbox"/> nächtliche Prüfung  |  |            |
| e. Datum der letzten Prüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI   |  |            |
|   | TT.MM.JJJJ   |            |
| f. Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen   | <input type="checkbox"/> Nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde | TT.MM.JJJJ |
|   | <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt  |            |
|   | <input type="checkbox"/> Sonstige  |            |
|   | <input type="checkbox"/> keine Angaben   |            |

| <small>M/Info</small>                                   |  |
|---|--|
| <b>1.5 Art der Einrichtung und Versorgungssituation</b> |  |

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

| <small>M/Info</small>                     |                               |                 |  |   |   |   |   |   |                       |
|---|-------------------------------|-----------------|--|---|---|---|---|---|-----------------------|
| 1.6 Struktur der Wohn- und Pflegebereiche |                               |                 |  |   |   |   |   |   |                       |
| Wohn-/Pflegebereich                       | Bereich auf 1 Ebene           | Anzahl Bewohner | davon nach SGB XI eingestuft in Pflegegrad |   |   |   |   |   |                       |
|   |                               |                 | keiner                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | noch nicht eingestuft |
|   | ja <input type="checkbox"/>   |                 |  |   |   |   |   |   |                       |
|   | nein <input type="checkbox"/> |                 |  |   |   |   |   |   |                       |
|   | ja <input type="checkbox"/>   |                 |  |   |   |   |   |   |                       |
|   | nein <input type="checkbox"/> |                 |  |   |   |   |   |   |                       |
|   | ja <input type="checkbox"/>   |                 |  |   |   |   |   |   |                       |
|   | nein <input type="checkbox"/> |                 |  |   |   |   |   |   |                       |
|   | ja <input type="checkbox"/>   |                 |  |   |   |   |   |   |                       |
|   | nein <input type="checkbox"/> |                 |  |   |   |   |   |   |                       |
|   | ja <input type="checkbox"/>   |                 |  |   |   |   |   |   |                       |
|   | nein <input type="checkbox"/> |                 |  |   |   |   |   |   |                       |

| <small>M/Info</small>  |                           |
|--|---------------------------|
| 1.7 Nach Angabe der stationären 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                      |

| <small>M/Info</small> |  | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      |
|-----------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>1.8</b>            | <b>Ist ein pflegfachlicher Schwerpunkt vereinbart?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welcher?     |  |                          |                          |

| <small>B</small> |   | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>t. n. z.</small>  | <small>E.</small>        |
|------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>1.9</b>       | <b>Wenn schwerpunktmäßig besondere Personengruppen versorgt werden:<br/>Werden die diesbezüglichen Anforderungen erfüllt?</b> |                          |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <small>B</small> |   |                          |                          |                          |                          |
| a.               | schriftlich dargelegt im Einrichtungskonzept  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| <small>B</small> |   |                          |                          |                          |                          |
| b.               | Pflegfachkräfte mit schwerpunktspezifischen Kenntnissen (Fort- und/oder Weiterbildung)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| <small>B</small> |   |                          |                          |                          |                          |
| c.               | Pflegehilfskräfte mit schwerpunktspezifischen Kenntnissen (Fortbildung)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <small>B</small> |   |                          |                          |                          |                          |
| d.               | vereinbarte Anforderungen an den Schwerpunkt werden umgesetzt   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |

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

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

## 2. Allgemeine Angaben

| <small>Info</small> |   |
|---------------------|---|
| <b>2.1</b>          | <b>Defizite in der Ausstattung bei:</b>   |
| a.                  | <input type="checkbox"/> Stufenloser Eingang und Wohnbereich (Niveauunterschiede sind mit Rampen ausgeglichen)    |
| b.                  | <input type="checkbox"/> Aufzüge mit großen, für Rollstuhlfahrer erreichbaren (Höhe unter 1,20 m) Bedienelementen |
| c.                  | <input type="checkbox"/> Handläufe in den Fluren  |
| d.                  | <input type="checkbox"/> Haltegriffe im Sanitärbereich (Toiletten, Duschen, Badewannen)                           |
| e.                  | <input type="checkbox"/> Bad und Toilette   |
| f.                  | <input type="checkbox"/> Fäkalienspülen   |
| g.                  | <input type="checkbox"/> intakte und erreichbare Rufanlage  |
| h.                  | <input type="checkbox"/> höhenverstellbare Pflegebetten   |
| i.                  | <input type="checkbox"/> Fußboden   |
| j.                  | <input type="checkbox"/> Beleuchtung  |
| k.                  | <input type="checkbox"/> allgemeine Orientierungshilfen (Speiseraum, WC, etc.)                                    |
| l.                  | <input type="checkbox"/> abschließbare Medikamentenschränke   |
| m.                  | <input type="checkbox"/> Sonstiges  |

|     |  |                          |                          |  |                          |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| 2.2 | <b>Wird bei der Gestaltung der Wohnräume den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner nach Privatheit und Wohnlichkeit Rechnung getragen?</b>                            | ja                       | nein                     |  | E.                       |
|     | M/T51/B  |                          |                          |  | <input type="checkbox"/> |
| a.  | Ist die Gestaltung der Bewohnerzimmer z. B. mit eigenen Möbeln, persönlichen Gegenständen und Erinnerungsstücken sowie die Entscheidung über ihre Platzierung möglich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |
|     | M/B  |                          |                          |  |                          |
| b.  | Stehen für jeden Bewohner abschließbare Schubladen oder Fächer zur Verfügung   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |
|     | M/T52/B  |                          |                          |  |                          |
| c.  | Wirken die Bewohner an der Gestaltung der Gemeinschaftsräume mit?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |

|     |  |                          |                          |                          |                          |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2.3 | <b>Bezüglich der strukturellen Anforderungen an die Versorgung von Bewohnern, die demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen aufweisen, trifft für die stationäre Pflegeeinrichtung Folgendes zu:</b> | ja                       | nein                     | t. n. z.                 | E.                       |
|     | M/T37/B  |                          |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a.  | Sind gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
|     | M/T38/B  |                          |                          |                          |                          |
| b.  | Können die Bewohner die Zimmer entsprechend ihren Lebensgewohnheiten gestalten?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
|     | M/T39/B  |                          |                          |                          |                          |
| c.  | Wird mit individuellen Orientierungshilfen gearbeitet?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |

### 3. Aufbauorganisation Personal

|     |   |                          |                          |                          |                          |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3.1 | <b>Sind Verantwortungsbereiche und Aufgaben für die in der Pflege, Betreuung und hauswirtschaftlichen Versorgung beschäftigten Mitarbeiter verbindlich geregelt?</b>              | ja                       | nein                     | t. n. z.                 | E.                       |
|     | B   |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |
| a.  | Organisationsstruktur z. B. in Form eines Organigramms geregelt   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
|     | B   |                          |                          |                          |                          |
| 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"/> |                          |                          |
|     | B   |                          |                          |                          |                          |
| 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"/> |                          |
|     | B   |                          |                          |                          |                          |
| 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"/> |                          |
|     | B   |                          |                          |                          |                          |
| 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"/> |                          |
|     | B   |                          |                          |                          |                          |
| f.  | Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Betreuung geregelt  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
|     | B   |                          |                          |                          |                          |
| g.  | Verantwortungsbereiche/Aufgaben für hauswirtschaftliche Versorgung geregelt   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |

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

|  |   |                          |                          |
|--|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>3.3 Die verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien:</b> |   | ja                       | nein                     |
| B  |   |                          |                          |
| a.   | Pflegefachkraft                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B  |   |                          |                          |
| b.   | ausreichende Berufserfahrung                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B  |   |                          |                          |
| c.   | sozialversicherungspflichtige Beschäftigung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B  |   |                          |                          |
| d.   | Weiterbildung zur Leitungsqualifikation     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|  |  |
|--|--|
| Info   |  |
| <b>3.4 Wie groß ist der Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft in dieser stationären Pflegeeinrichtung?</b> |  |
| Stunden  |  |

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

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

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



| Info  |                           |              |                    |                             |                    |                              |
|---|---------------------------|--------------|--------------------|-----------------------------|--------------------|------------------------------|
| 3.8 Zusammensetzung Personal                            |                           |              |                    |                             |                    |                              |
| Pflege  |                           |              |                    |                             |                    |                              |
|   | Vollzeit<br>Stunden/Woche | Teilzeit     |                    | geringfügig<br>Beschäftigte |                    |                              |
| Geeignete Kräfte:                                       | Anzahl MA                 | Anzahl<br>MA | Stellen-<br>umfang | Anzahl<br>MA                | Stellen-<br>umfang | Gesamtstellen<br>in Vollzeit |
| Verantwortliche Pflegefachkraft                         |                           |              |                    |                             |                    |                              |
| Stellv. verantwortliche Pflegefachkraft                 |                           |              |                    |                             |                    |                              |
| Altenpfleger/in   |                           |              |                    |                             |                    |                              |
| (Gesundheits- und) Krankenpfleger/in                    |                           |              |                    |                             |                    |                              |
| (Gesundheits- und) Kinderkrankenpfleger/in              |                           |              |                    |                             |                    |                              |
| Heilerziehungspfleger/in                                |                           |              |                    |                             |                    |                              |
| Krankenpflegehelfer/in                                  |                           |              |                    |                             |                    |                              |
| Altenpflegehelfer/in                                    |                           |              |                    |                             |                    |                              |
| angelernte Kräfte                                       |                           |              |                    |                             |                    |                              |
| Auszubildende   |                           |              |                    |                             |                    |                              |
| Bundesfreiwilligendienstleistende                       |                           |              |                    |                             |                    |                              |
| Freiwilliges soz. Jahr                                  |                           |              |                    |                             |                    |                              |
| Sonstige  |                           |              |                    |                             |                    |                              |
| Betreuung   |                           |              |                    |                             |                    |                              |
| Sozialpädagogen   |                           |              |                    |                             |                    |                              |
| Sozialarbeiter/in                                       |                           |              |                    |                             |                    |                              |
| Ergotherapeuten/<br>Beschäftigungstherapeuten           |                           |              |                    |                             |                    |                              |
| Zusätzliche Betreuungskräfte nach § 85 Abs. 8 SGB XI    |                           |              |                    |                             |                    |                              |
| Sonstige  |                           |              |                    |                             |                    |                              |
| hauswirtschaftliche Versorgung                          |                           |              |                    |                             |                    |                              |
| hauswirtschaftliche Fachkräfte (2-3 jährige Ausbildung) |                           |              |                    |                             |                    |                              |
| Hilfskräfte und angelernte Kräfte                       |                           |              |                    |                             |                    |                              |

#### 4. Ablauforganisation

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

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

|                    |  |                          |                          |                          |                          |
|--------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/B</small> |  | ja                       | nein                     | t. n. z.                 | E.                       |
| <b>4.3</b>         | <b>Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung körperbezogener Pflegemaßnahmen von Mitarbeitern ohne pflegerische Ausbildung durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

|                    |   |                          |                          |                          |
|--------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/B</small> |   | ja                       | nein                     | E.                       |
| <b>4.5</b>         | <b>Ist die Personaleinsatzplanung mit Blick auf den Versorgungs- und Pflegebedarf der Bewohner adäquat?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 5. Qualitätsmanagement

|                     |  |                          |                          |                          |                          |
|---------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/B</small>  |  | ja                       | nein                     |                          | E.                       |
| 5.1                 | Liegt die Verantwortung für das Qualitätsmanagement auf der Leitungsebene und werden die Aufgaben von dieser wahrgenommen?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> |
| <small>M/B</small>  |  | ja                       | nein                     | Nicht geprüft            | E.                       |
| 5.2                 | Setzt die stationäre Pflegeeinrichtung die folgenden zwei per Zufallsauswahl ausgewählten Expertenstandards um?  |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |
| a.                  | Dekubitusprophylaxe  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <small>M/B</small>  |  |                          |                          |                          |                          |
| b.                  | Pflegerisches Schmerzmanagement – Akutschmerz  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <small>M/B</small>  |  |                          |                          |                          |                          |
| c.                  | Pflegerisches Schmerzmanagement – chronischer Schmerz  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <small>M/B</small>  |  |                          |                          |                          |                          |
| d.                  | Sturzprophylaxe  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <small>M/B</small>  |  |                          |                          |                          |                          |
| e.                  | Kontinenzförderung   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <small>M/B</small>  |  |                          |                          |                          |                          |
| f.                  | Chronische Wunden  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <small>M/B</small>  |  |                          |                          |                          |                          |
| g.                  | Ernährungsmanagement   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <small>Info</small> |  | ja                       | nein                     |                          | E.                       |
| 5.3                 | Ergreift die stationäre Pflegeeinrichtung Maßnahmen, um Kontrakturen zu vermeiden?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> |
| <small>M/B</small>  |  | ja                       | nein                     |                          | E.                       |
| 5.4                 | Liegt in der stationären Pflegeeinrichtung eine aktuelle Liste der in der Pflege eingesetzten Mitarbeiter mit Qualifikationen und ausgewiesenen Handzeichen vor? |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |
| <small>M/B</small>  |  |                          |                          |                          |                          |
| a.                  | aktuell (umfasst alle Mitarbeiter, die seit mehr als 1 Woche beschäftigt sind)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| <small>M/B</small>  |  |                          |                          |                          |                          |
| b.                  | Nennung der Qualifikation  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| <small>M/B</small>  |  |                          |                          |                          |                          |
| c.                  | Vor- und Zunamen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| <small>M/B</small>  |  |                          |                          |                          |                          |
| d.                  | Handzeichen übereinstimmend  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| <small>M/B</small>  |  |                          |                          |                          |                          |
| <small>M/B</small>  |  | ja                       | nein                     | t. n. z.                 | E.                       |
| 5.5                 | Wird ein geeignetes Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter in der Pflege nachweislich angewandt?   |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |
| <small>B</small>    |  |                          |                          |                          |                          |
| a.                  | Zielvorgaben im Konzept  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| <small>B</small>    |  |                          |                          |                          |                          |
| b.                  | zeitlichen Vorgaben im Konzept   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| <small>B</small>    |  |                          |                          |                          |                          |
| c.                  | inhaltlichen Vorgaben im Konzept   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| <small>B</small>    |  |                          |                          |                          |                          |
| d.                  | Pflegefachkraft als Ansprechpartner im Konzept benannt   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| <small>B</small>    |  |                          |                          |                          |                          |
| e.                  | Differenzierung nach Qualifikation der Mitarbeiter im Konzept  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| <small>B</small>    |  |                          |                          |                          |                          |
| f.                  | Einarbeitungsbeurteilung im Konzept  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| <small>B</small>    |  |                          |                          |                          |                          |
| g.                  | Konzept angewandt  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |

|                        |   |                          |                          |                          |
|------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T32/B</small> |   | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>E.</small>        |
| <b>5.6</b>             | <b>Werden die Mitarbeiter in der Pflege und Betreuung regelmäßig in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                        |  |                          |                          |                          |
|------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T50/B</small> |  | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>E.</small>        |
| <b>5.7</b>             | <b>Erfolgt eine nachweisliche Bearbeitung von Beschwerden?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 6. Hygiene

|                        |   |                          |                          |                          |
|------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T53/B</small> |   | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>E.</small>        |
| <b>6.1</b>             | <b>Ist der Gesamteindruck der stationären Pflegeeinrichtung im Hinblick auf Sauberkeit, Ordnung und Geruch gut?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                    |   |                          |                          |                          |
|--------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/B</small> |   | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>E.</small>        |
| <b>6.2</b>         | <b>Gibt es in der stationären Pflegeeinrichtung ein angemessenes Hygienemanagement?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <small>M/B</small> |   |                          |                          |                          |
| <b>a.</b>          | innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Desinfektion und Umgang mit Sterilgut            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <small>M/B</small> |   |                          |                          |                          |
| <b>b.</b>          | Reinigung und Ver- und Entsorgung kontagiöser oder kontaminierter Gegenstände           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <small>M/B</small> |   |                          |                          |                          |
| <b>c.</b>          | Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensanweisungen wird regelmäßig überprüft         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <small>M/B</small> |   |                          |                          |                          |
| <b>d.</b>          | innerbetriebliche Verfahrensanweisungen Mitarbeitern bekannt                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <small>M/B</small> |   |                          |                          |                          |
| <b>e.</b>          | alle im Rahmen des Hygienemanagements erforderlichen Desinfektionsmittel sind vorhanden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |

|                    |  |                          |                          |                          |
|--------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/B</small> |  | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>E.</small>        |
| <b>6.3</b>         | <b>Stehen den Mitarbeitern in stichprobenartig besuchten Wohnbereichen in erforderlichem Umfang Arbeitshilfen zur Verfügung?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <small>M/B</small> |  |                          |                          |                          |
| <b>a.</b>          | Handschuhe   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <small>M/B</small> |  |                          |                          |                          |
| <b>b.</b>          | Händedesinfektionsmittel   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <small>M/B</small> |  |                          |                          |                          |
| <b>c.</b>          | Schutzkleidung   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |

|                    |   |                          |                          |                          |
|--------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/B</small> |   | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>E.</small>        |
| <b>6.4</b>         | <b>Liegen geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen vor?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 7. Verpflegung

|                        |  |                          |                          |                          |
|------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T57/B</small> |  | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>E.</small>        |
| <b>7.1</b>             | <b>Wird der Speiseplan in gut lesbarer Form eines Wochenplans bekannt gegeben?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|     |   |                          |                          |                          |                          |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7.2 | <b>Wird in der stationären Pflegeeinrichtung ein abwechslungsreiches, vielseitiges und bedarfsgerechtes Speisenangebot vorgehalten?</b> | ja                       | nein                     | t. n. z.                 | E.                       |
|     | M/T55/B   |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |
| a.  | Wird bei Bedarf Diätkost angeboten?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
|     | M/T41/B   |                          |                          |                          |                          |
| b.  | Gibt es ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Demenz?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
|     | M/T56/B   |                          |                          |                          |                          |
| c.  | Ist die Darbietung von Speisen und Getränken an den individuellen Fähigkeiten der Bewohner orientiert?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
|     | M/T58/B   |                          |                          |                          |                          |
| d.  | Orientieren die Portionsgrößen sich an den individuellen Wünschen der Bewohner?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |

|     |  |                          |                          |  |                          |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| 7.3 | <b>Kann der Zeitpunkt des Essens im Rahmen bestimmter Zeitkorridore frei gewählt werden?</b> | ja                       | nein                     |  | E.                       |
|     | M/T54/B  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |

|     |  |                          |                          |                          |                          |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7.4 | <b>Wird speziellen Erfordernissen der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr der Bewohner Rechnung getragen?</b>   | ja                       | nein                     | t. n. z.                 | E.                       |
|     | M/B  |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |
| a.  | es gibt ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Schluckstörungen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
|     | B  |                          |                          |                          |                          |
| b.  | mindestens drei Haupt- und zwei Zwischenmahlzeiten werden angeboten  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
|     | B  |                          |                          |                          |                          |
| c.  | der Abstand zwischen der zuletzt für alle Bewohner angebotenen Mahlzeit am Abend und der ersten Mahlzeit am Morgen beträgt weniger als 12 Stunden  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
|     | B  |                          |                          |                          |                          |
| d.  | der Abstand der zuletzt für Bewohner mit Diabetes mellitus oder gerontopsychiatrisch beeinträchtigte Bewohner angebotenen Mahlzeit am Abend und der ersten Mahlzeit am Morgen beträgt weniger als 10 Stunden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |

|     |  |                          |                          |  |                          |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| 7.5 | <b>Werden die Mahlzeiten in für die Bewohner angenehmen Räumlichkeiten und ruhiger Atmosphäre angeboten?</b> | ja                       | nein                     |  | E.                       |
|     | M/T59/B  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |

## 8. Betreuung

|     |  |                          |                          |  |                          |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| 8.1 | <b>Werden Leistungen der Betreuung angeboten?</b>  | ja                       | nein                     |  | E.                       |
|     | M/T42/B  |                          |                          |  | <input type="checkbox"/> |
| a.  | Werden im Rahmen der Betreuung Gruppenangebote gemacht?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |
|     | M/T43/B  |                          |                          |  |                          |
| b.  | Werden im Rahmen der Betreuung Angebote für Bewohner gemacht, die nicht an Gruppenangeboten teilnehmen können? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |
|     | M/T44/B  |                          |                          |  |                          |
| c.  | Gibt es Aktivitäten zur Kontaktaufnahme/Kontaktpflege mit dem örtlichen Gemeinwesen?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |
|     | M/T45/B  |                          |                          |  |                          |
| d.  | Gibt es Maßnahmen zur Förderung der Kontaktpflege zu den Angehörigen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |

|                  |  |                          |                          |                          |
|------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>B</small> |  | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>E.</small>        |
| 8.2              | Werden diese Angebote den Bewohnern in geeigneter Weise zur Kenntnis gebracht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                        |   |                          |                          |                          |
|------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T46/B</small> |   | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>E.</small>        |
| 8.3                    | Sind die Angebote der Betreuung auf die Bewohnergruppen und deren Bedürfnisse ausgerichtet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                  |   |                          |                          |                          |
|------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>B</small> |   | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>E.</small>        |
| 8.4              | Wird die Betreuung durch festangestellte Mitarbeiter koordiniert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                  |  |                          |                          |                          |                          |
|------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>B</small> |  | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>t. n. z.</small>  | <small>E.</small>        |
| 8.5              | Besitzt der für die Betreuung der gerontopsychiatrisch beeinträchtigten Bewohner zuständige Mitarbeiter spezielle Kenntnisse (Fort- und/oder Weiterbildung)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja welche?  |  |                          |                          |                          |                          |

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <small>M/Info</small> |   |
| 8.6                   | In welchem Stellenumfang sind in der stationären Pflegeeinrichtung Mitarbeiter für die Betreuung beschäftigt (ohne zusätzliche Betreuungskräfte nach § 85 Abs. 8 SGB XI)? |

|                                     |   |                          |                          |
|-------------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/Info</small>               |   | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      |
| 8.7                                 | Hat die stationäre Pflegeeinrichtung auf der Grundlage des § 84 Abs. 8 i. V. m. § 85 Abs. 8 SGB XI Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuungskräfte vereinbart? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, mit welchem Stellenumfang? |   |                          |                          |

|                    |   |                          |                          |                          |                          |
|--------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>B</small>   |   | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>t. n. z.</small>  | <small>E.</small>        |
| 8.8                | Sind die gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen an zusätzliche Betreuungskräfte nach § 85 Abs. 8 SGB XI im Hinblick auf die Beschäftigung, Qualifikation und Aufgabenwahrnehmung erfüllt?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <small>M/B</small> |   |                          |                          |                          |                          |
| a.                 | Sind die Stellen der zusätzlichen Betreuungskräfte im vereinbarten Umfang besetzt?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| <small>M/B</small> |   |                          |                          |                          |                          |
| b.                 | Verfügen die eingesetzten zusätzlichen Betreuungskräfte über die erforderliche Qualifikation gemäß § 4 der Betreuungskräfte-RL?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <small>M/B</small> |   |                          |                          |                          |                          |
| c.                 | Haben alle eingesetzten zusätzlichen Betreuungskräfte im vergangenen Jahr nach § 4 Abs. 4 der Betreuungskräfte-RL an Fortbildungsmaßnahmen im Umfang von insgesamt mindestens 16 Unterrichtsstunden teilgenommen?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <small>M/B</small> |   |                          |                          |                          |                          |
| d.                 | Ist gewährleistet, dass zusätzliche Betreuungskräfte gemäß § 2 der Betreuungskräfte-RL nicht regelmäßig körperbezogene Maßnahmen, Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege oder hauswirtschaftliche Tätigkeiten durchführen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |

|             |  |                          |                          |                          |
|-------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>8.9</b>  | <b>Wird die Eingewöhnung der Bewohner in die stationäre Pflegeeinrichtung systematisch begleitet?</b>                        | ja                       | nein                     | E.                       |
|             | M/T47/B  |                          |                          | <input type="checkbox"/> |
| a.          | Gibt es Hilfestellungen zur Eingewöhnung in die stationäre Pflegeeinrichtung?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
|             | M/T48/B  |                          |                          |                          |
| b.          | Erfolgt eine regelhafte Überprüfung und ggf. Anpassung der Angebote zur Eingewöhnung durch die stationäre Pflegeeinrichtung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| M/T49/B     |  |                          |                          |                          |
| <b>8.10</b> | <b>Gibt es konzeptionelle Aussagen zur Sterbebegleitung?</b>   | ja                       | nein                     | E.                       |
|             |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Erhebungsbogen zur Prüfung beim Bewohner (Prozess- und Ergebnisqualität)

### 9. Allgemeine Angaben

| M/Info     |                        |                              |
|------------|------------------------|------------------------------|
| <b>9.1</b> | <b>Auftragsnummer:</b> |                              |
|            | <b>Datum</b>           | <b>Uhrzeit</b>               |
|            |                        | <b>Nummer Erhebungsbogen</b> |
|            |                        |                              |

| M/Info     |  |  | ja                       | nein                     |
|------------|--|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>9.2</b> | <b>Angaben zum Bewohner</b>  |  |                          |                          |
| a.         | Name   |  |                          |                          |
| b.         | Pflegekasse  |  |                          |                          |
| c.         | Pflege-/Wohnbereich  |  |                          |                          |
| d.         | Geburtsdatum   |  |                          |                          |
| e.         | Einzugsdatum   |  |                          |                          |
| f.         | Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung  |  |                          |                          |
| g.         | Pflegegrad   |  |                          |                          |
|            | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |  |                          |                          |
| h.         | Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?             |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i.         | Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)                              |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j.         | Vorhandene Unterlagen  |  |                          |                          |

| M/Info     |   |  |
|------------|---|--|
| <b>9.3</b> | <b>Anwesende Personen</b>   |  |
| a.         | Name des Gutachters   |  |
| b.         | Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung |  |
| c.         | Name des Mitarbeiters   |  |
| d.         | sonstige Personen (z. B. gesetzlicher Betreuer)                           |  |

### 10. Behandlungspflege

| M/T22/B     |   |                          |                          |                          |                          |
|-------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>10.1</b> | <b>Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?</b> | ja                       | nein                     | t. n. z.                 | E.                       |
|             |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



|                        |  |                          |                          |                          |                          |
|------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T23/B</small> |  | ja                       | nein                     | t. n. z.                 | E.                       |
| 10.2                   | Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                        |   |                          |                          |                          |                          |
|------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T24/B</small> |   | ja                       | nein                     | t. n. z.                 | E.                       |
| 10.3                   | Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                        |  |                          |                          |                          |                          |
|------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T25/B</small> |  | ja                       | nein                     | t. n. z.                 | E.                       |
| 10.4                   | Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                        |  |                          |                          |                          |                          |
|------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T26/B</small> |  | ja                       | nein                     | t. n. z.                 | E.                       |
| 10.5                   | Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                        |   |                          |
|------------------------|---|--------------------------|
| <small>M/Info</small>  |   | nein                     |
| 10.6                   | Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen? | <input type="checkbox"/> |
| ja:                    |   |                          |
| akute Schmerzen        |   | <input type="checkbox"/> |
| chronische Schmerzen   |   | <input type="checkbox"/> |
| Von:                   |   |                          |
| Gutachter beurteilt    |   | <input type="checkbox"/> |
| Einrichtung übernommen |   | <input type="checkbox"/> |

|                        |   |                          |                          |                          |                          |
|------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T13/B</small> |   | ja                       | nein                     | t. n. z.                 | E.                       |
| 10.7                   | Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

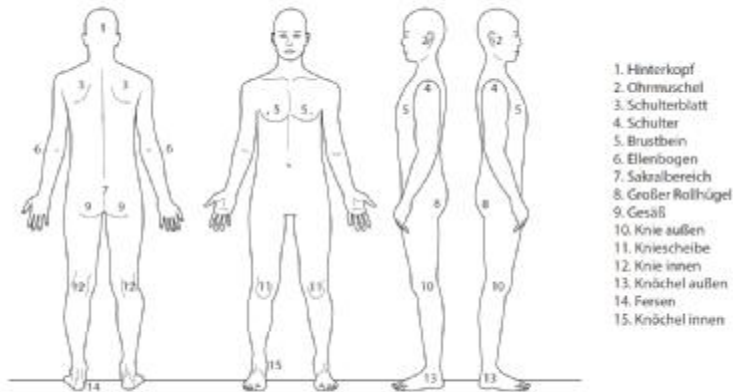
|                        |   |                          |                          |                          |                          |
|------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T14/B</small> |   | ja                       | nein                     | t. n. z.                 | E.                       |
| 10.8                   | Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                        |   |                          |                          |                          |                          |
|------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T15/B</small> |   | ja                       | nein                     | t. n. z.                 | E.                       |
| 10.9                   | Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                        |   |                          |                          |                          |                          |
|------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T27/B</small> |   | ja                       | nein                     | t. n. z.                 | E.                       |
| 10.10                  | Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                    |   |                          |                          |                          |                          |
|--------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/B</small> |   | ja                       | nein                     | t. n. z.                 | E.                       |
| 10.11              | Ist der Umgang mit Tracheostoma/Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 10.12 Beschreibung vorliegender Wunden



© Lisa Apfelbacher 2016

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

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <small>M/Info</small> |   |
| <b>10.13</b>          | <b>Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente)</b> |
| a.                    | Wunde<br>1  |
|                       |   |
| b.                    | Wunde<br>2  |
|                       |   |

t. n. z.

|                       |  |
|-----------------------|--|
| <small>M/T3/B</small> |  |
| <b>10.14</b>          | <b>Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus dokumentiert?</b> |

ja     nein     t. n. z.     E.

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <small>M/T5/B</small> |   |
| <b>10.15</b>          | <b>Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?</b> |

ja     nein     t. n. z.     E.

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <small>M/T4/B</small> |   |
| <b>10.16</b>          | <b>Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus?</b> |

ja     nein     t. n. z.     E.

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <small>M/T6/B</small> |   |
| <b>10.17</b>          | <b>Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet, ggf. der Arzt informiert und die Maßnahmen angepasst?</b> |

ja     nein     t. n. z.     E.

**11. Mobilität**

|                       |  |
|-----------------------|--|
| <small>M/Info</small> |  |
| <b>11.1</b>           | <b>Bewohner angetroffen:</b>   |
| a.                    | <input type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> stehend |
| b.                    | <input type="checkbox"/> Tageskleidung <input type="checkbox"/> Nachtwäsche                        |

| <small>M/Info</small> |  | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      |
|-----------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>11.2</b>           | <b>Bewegungsfähigkeit eingeschränkt</b>                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                       | <b>Beschreibung</b>  |                          |                          |
| a.                    | Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten<br>(inklusive Paresen, Kontrakturen) |                          |                          |
| b.                    | Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten                                     |                          |                          |
| c.                    | Lageveränderung im Bett  |                          |                          |
| d.                    | Aufstehen  |                          |                          |
| e.                    | Sitzen/Lageveränderung im Sitzen   |                          |                          |
| f.                    | Stehen   |                          |                          |
| g.                    | Gehen  |                          |                          |

| <small>M/Info</small> |   | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      |
|-----------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>11.3</b>           | <b>Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor?</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                       | Von:<br>Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/><br>Einrichtung übernommen <input type="checkbox"/> |                          |                          |

| <small>M/T18/B</small> |   | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>E.</small>        |
|------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>11.4</b>            | <b>Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| <small>M/T19/B</small> |   | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>t. n. z.</small>  | <small>E.</small>        |
|------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>11.5</b>            | <b>Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| <small>M/Info</small> |   | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      |
|-----------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>11.6</b>           | <b>Liegt ein Dekubitusrisiko vor?</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                       | Von:<br>Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/><br>Einrichtung übernommen <input type="checkbox"/> |                          |                          |

| <small>M/T1/B</small> |   | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>E.</small>        |
|-----------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>11.7</b>           | <b>Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| <small>M/T2/B</small> |  | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>t. n. z.</small>  | <small>E.</small>        |
|-----------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>11.8</b>           | <b>Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

| M/Info  |  |         |                                      |                                      |
|---|--|---------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung</b> |  |         |                                      |                                      |
| <b>a.</b> Gewicht   |  | aktuell | vor ca. 3 Mon.                       | vor ca. 6 Mon.                       |
|   | Datum  |         |                                      |                                      |
|   | kg   |         |                                      |                                      |
|   |  |         | t. n. z.<br><input type="checkbox"/> | t. n. z.<br><input type="checkbox"/> |
| <b>b.</b> Aktuelle Größe in cm  |  |         |                                      |                                      |
| <b>c.</b> Aktueller BMI (kg/m <sup>2</sup> )                          |  |         |                                      |                                      |
| <b>d.</b> Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten                | <input type="checkbox"/> zugenommen<br><input type="checkbox"/> konstant<br><input type="checkbox"/> relevante Abnahme<br><input type="checkbox"/> kann nicht ermittelt werden         |         |                                      |                                      |
| <b>e.</b> Flüssigkeitsversorgung                                      | <input type="checkbox"/> unauffällig<br><input type="checkbox"/> konzentrierter Urin<br><input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute<br><input type="checkbox"/> stehende Hautfalten |         |                                      |                                      |

| M/Info  |   |                     |           |      |
|---|---|---------------------|-----------|------|
| <b>12.2 Der Bewohner ist versorgt mit:</b>  |   |                     |           |      |
|   |   | <b>Beschreibung</b> |           |      |
| <b>a.</b> <input type="checkbox"/> Magensonde<br><input type="checkbox"/> PEG-Sonde<br><input type="checkbox"/> PEJ-Sonde | <input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung<br><input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung<br><input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich<br><input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich<br><input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe<br><input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft<br><input type="checkbox"/> Applikation per Bolus |                     |           |      |
|   | Nahrung   | kcal/24 h           | Flussrate | ml/h |
|   | Flüssigkeit   | ml/24 h             | Flussrate | ml/h |
|   | <b>(Zustand Sonde, Eintrittsstelle, Verband)</b>  |                     |           |      |
| <b>b.</b> <input type="checkbox"/> Subkutaner Infusion  |   |                     |           |      |
| <b>c.</b> <input type="checkbox"/> i.v.-Infusion  |   |                     |           |      |
| <b>d.</b> <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln   |   |                     |           |      |
| <b>e.</b> <input type="checkbox"/> Sonstigem  |   |                     |           |      |

t. n. z.

|                       |   |                          |                          |  |
|-----------------------|---|--------------------------|--------------------------|--|
| <small>M/Info</small> |   | <small>Ja</small>        | <small>nein</small>      |  |
| 12.3                  | <b>Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
|                       | Von:  |                          |                          |  |
|                       | Gutachter beurteilt   | <input type="checkbox"/> |                          |  |
|                       | Einrichtung übernommen  | <input type="checkbox"/> |                          |  |

|                       |  |                          |                          |  |
|-----------------------|--|--------------------------|--------------------------|--|
| <small>M/Info</small> |  | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      |  |
| 12.4                  | <b>Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
|                       | Von:   |                          |                          |  |
|                       | Gutachter beurteilt  | <input type="checkbox"/> |                          |  |
|                       | Einrichtung übernommen   | <input type="checkbox"/> |                          |  |

|                       |   |                          |                          |                          |
|-----------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T7/B</small> |   | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>E.</small>        |
| 12.5                  | <b>Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                        |  |                          |                          |                          |
|------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T10/B</small> |  | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>E.</small>        |
| 12.6                   | <b>Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                       |  |                          |                          |                          |                          |
|-----------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T8/B</small> |  | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>t. n. z.</small>  | <small>E.</small>        |
| 12.7                  | <b>Werden bei Einschränkung der selbstständigen Nahrungsvorsorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                        |  |                          |                          |                          |                          |
|------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T11/B</small> |  | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>t. n. z.</small>  | <small>E.</small>        |
| 12.8                   | <b>Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbstständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                       |   |                          |                          |                          |
|-----------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T9/B</small> |   | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>E.</small>        |
| 12.9                  | <b>Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                        |  |                          |                          |                          |
|------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T12/B</small> |  | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>E.</small>        |
| 12.10                  | <b>Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                        |   |                          |                          |                          |                          |
|------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T28/B</small> |   | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>t. n. z.</small>  | <small>E.</small>        |
| 12.11                  | <b>Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 13. Harninkontinenz

| M/Info   |   |
|--|---|
| <b>13.1 Der Bewohner ist versorgt mit:</b>           |   |
|  | <b>Beschreibung</b>   |
| a. <input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter  | (Zustand Katheter, Eintrittsstelle, Verband)                        |
| b. <input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter |   |
| c. <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten     | <input type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen |
| d. <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln             |   |
| e. <input type="checkbox"/> Sonstigem                |   |

t. n. z.

| M/Info  |  |
|---|--|
| <b>13.2 Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?</b>  |  |
| Von:<br>Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/><br>Einrichtung übernommen <input type="checkbox"/> |  |

ja  nein

| M/T16/B     |  |                             |                               |                                   |                             |
|-------------|--|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| <b>13.3</b> | <b>Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenka-</b> | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t. n. z. <input type="checkbox"/> | E. <input type="checkbox"/> |
|             | <b>theter individuelle Risiken und Ressourcen erfasst?</b>         |                             |                               |                                   |                             |

ja  nein  t. n. z.

| M/T17/B     |  |                             |                               |                                   |                             |
|-------------|--|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| <b>13.4</b> | <b>Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenka-</b> | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t. n. z. <input type="checkbox"/> | E. <input type="checkbox"/> |
|             | <b>theter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?</b>       |                             |                               |                                   |                             |

ja  nein  t. n. z.

### 14. Umgang mit Demenz

| M/Info                                     |  |
|--|--|
| <b>14.1 Orientierung und Kommunikation</b> |  |
| 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"/> |

ja  nein

| M/T33/B     |  |                             |                               |                                   |                             |
|-------------|--|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| <b>14.2</b> | <b>Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biografie des Bewohners be-</b> | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t. n. z. <input type="checkbox"/> | E. <input type="checkbox"/> |
|             | <b>achtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?</b>       |                             |                               |                                   |                             |

ja  nein  t. n. z.

| M/T34/B     |  |                             |                               |                                   |                             |
|-------------|--|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| <b>14.3</b> | <b>Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugsperso-</b> | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t. n. z. <input type="checkbox"/> | E. <input type="checkbox"/> |
|             | <b>nen in die Planung der Pflege und Betreuung einbezogen?</b>     |                             |                               |                                   |                             |

ja  nein  t. n. z.

| M/T35/B     |   |                             |                               |                                   |                             |
|-------------|---|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| <b>14.4</b> | <b>Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der</b> | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t. n. z. <input type="checkbox"/> | E. <input type="checkbox"/> |
|             | <b>Pflege und Betreuung berücksichtigt?</b>                       |                             |                               |                                   |                             |

ja  nein  t. n. z.

| M/T40/B |   | ja                       | nein                     | t. n. z.                 | E.                       |
|---------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.5    | Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/Beschäftigungsangebote gemacht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T36/B |  | ja                       | nein                     | t. n. z.                 | E.                       |
|---------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.6    | Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 15. Körperpflege

| M/Info                                     |   |
|--|---|
| 15.1                                       | <b>Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut</b>                              |
|  | <b>Beschreibung</b>   |
| a. <input type="checkbox"/> normal         | (Beschreibung nicht erforderlich)                                     |
| b. <input type="checkbox"/> Besonderheiten | (Haare, Fuß-/Fingernägel, Zehenzwischenräume, Hautfalten, Bauchnabel) |

| M/T29/B |   | ja                       | nein                     | t. n. z.                 | E.                       |
|---------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 15.2    | Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/Info  |                                   |
|---|-----------------------------------|
| 15.3  | <b>Mundzustand/Zähne</b>          |
|   | <b>Beschreibung</b>               |
| 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                   |                                   |

| M/T30/B |   | ja                       | nein                     | t. n. z.                 | E.                       |
|---------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 15.4    | Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 16. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

| M/B  |  | ja                       | nein                     | E.                       |
|------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16.1 | Wird beim Pflegeprozess die individuelle Betreuung berücksichtigt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



|                        |  |                          |                          |                          |                          |
|------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T21/B</small> |  | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>t. n. z.</small>  | <small>E.</small>        |
| <b>16.2</b>            | <b>Liegen bei freiheitsentziehenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                        |   |                          |                          |                          |                          |
|------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T20/B</small> |   | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>t. n. z.</small>  | <small>E.</small>        |
| <b>16.3</b>            | <b>Wird die Notwendigkeit der freiheitsentziehenden Maßnahmen regelmäßig überprüft?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                        |   |                          |                          |  |                          |
|------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| <small>M/T31/B</small> |   | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      |  | <small>E.</small>        |
| <b>16.4</b>            | <b>Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |

|                    |  |                          |                          |  |                          |
|--------------------|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| <small>M/B</small> |  | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      |  | <small>E.</small>        |
| <b>16.5</b>        | <b>Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |

|                    |  |                          |                          |                          |                          |
|--------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/B</small> |  | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>t. n. z.</small>  | <small>E.</small>        |
| <b>16.6</b>        | <b>Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 17. Sonstiges

(Freitext)

# Erhebungsbogen zur Befragung der Bewohner

## 18. Befragung der Bewohner

|                      |  |         |  |                       |  |
|----------------------|--|---------|--|-----------------------|--|
| M/Info               |  |         |  |                       |  |
| 18.1 Auftragsnummer: |  |         |  |                       |  |
| Datum                |  | Uhrzeit |  | Nummer Erhebungsbogen |  |

|                           |  |                            |                            |                            |                            |                          |                          |
|---------------------------|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| M/Info                    |  |                            |                            |                            |                            | ja                       | nein                     |
| 18.2 Angaben zum Bewohner |  |                            |                            |                            |                            |                          |                          |
| a.                        | Name   |                            |                            |                            |                            |                          |                          |
| b.                        | Pflegekasse  |                            |                            |                            |                            |                          |                          |
| c.                        | Pflege-/Wohnbereich  |                            |                            |                            |                            |                          |                          |
| d.                        | Geburtsdatum   |                            |                            |                            |                            |                          |                          |
| e.                        | Pflegegrad   |                            |                            |                            |                            |                          |                          |
|                           | <input type="checkbox"/> 1   | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |                          |                          |
| f.                        | Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor? |                            |                            |                            |                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g.                        | Ist der Bewohner mit der Befragung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)                                    |                            |                            |                            |                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|         |  |                          |                          |                          |                          |                          |
|---------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| M/T67/B |  |                          |                          |                          |                          |                          |
| 18.3    | Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich? | immer                    | häufig                   | geleg.                   | nie                      | k. A.                    |
|         |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|         |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| M/T68/B |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 18.4    | Nehmen sich die Mitarbeiter ausreichend Zeit für Sie? | immer                    | häufig                   | geleg.                   | nie                      | t. n. z.                 | k. A.                    |
|         |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|         |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| M/T60/B |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 18.5    | Wird mit Ihnen der Zeitpunkt von Pflege- und Betreuungsmaßnahmen abgestimmt? | immer                    | häufig                   | geleg.                   | nie                      | t. n. z.                 | k. A.                    |
|         |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|         |  |                          |                          |                          |                          |                          |
|---------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| M/T61/B |  |                          |                          |                          |                          |                          |
| 18.6    | Entscheiden Sie, ob Ihre Zimmertür offen oder geschlossen gehalten wird? | immer                    | häufig                   | geleg.                   | nie                      | k. A.                    |
|         |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|         |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| M/T62/B |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 18.7    | Werden Sie von den Mitarbeitern motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen? | immer                    | häufig                   | geleg.                   | nie                      | t. n. z.                 | k. A.                    |
|         |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|         |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| M/T63/B |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 18.8    | Sorgen die Mitarbeiter dafür, dass Ihnen beim Waschen außer der Pflegekraft niemand zusehen kann? | immer                    | häufig                   | geleg.                   | nie                      | t. n. z.                 | k. A.                    |
|         |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                        |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T69/B</small> |  | immer                    | häufig                   | geleg.                   | nie                      | t. n. z.                 | k. A.                    |
| 18.9                   | Fragen die Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <small>M/T70/B</small> |  | immer                    | häufig                   | geleg.                   | nie                      | t. n. z.                 | k. A.                    |
| 18.10                  | Schmeckt Ihnen das Essen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <small>M/T66/B</small> |  | immer                    | häufig                   | geleg.                   | nie                      | t. n. z.                 | k. A.                    |
| 18.11                  | Können Sie beim Mittagessen zwischen verschiedenen Gerichten auswählen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <small>M/T71/B</small> |  | immer                    | häufig                   | geleg.                   | nie                      | t. n. z.                 | k. A.                    |
| 18.12                  | Sind Sie mit den Essenszeiten zufrieden?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <small>M/T72/B</small> |  | immer                    | häufig                   | geleg.                   | nie                      | t. n. z.                 | k. A.                    |
| 18.13                  | Bekommen Sie jederzeit ausreichend zuzahlungsfrei zu trinken angeboten?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <small>M/T73/B</small> |  | immer                    | häufig                   | geleg.                   | nie                      | t. n. z.                 | k. A.                    |
| 18.14                  | Entsprechen die sozialen und kulturellen Angebote Ihren Interessen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <small>M/T74/B</small> |  | immer                    | häufig                   | geleg.                   | nie                      | t. n. z.                 | k. A.                    |
| 18.15                  | Wird Ihnen die Teilnahme an für Sie interessanten Beschäftigungsangeboten ermöglicht?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <small>M/T75/B</small> |  | immer                    | häufig                   | geleg.                   | nie                      | t. n. z.                 | k. A.                    |
| 18.16                  | Wird Ihnen die erforderliche Unterstützung gegeben, um sich im Freien aufhalten zu können?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <small>M/T76/B</small> |  | immer                    | häufig                   | geleg.                   | nie                      | t. n. z.                 | k. A.                    |
| 18.17                  | Können Sie jederzeit Besuch empfangen, wann Sie wollen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <small>M/T65/B</small> |  | immer                    | häufig                   | geleg.                   | nie                      |                          | k. A.                    |
| 18.18                  | Entspricht die Hausreinigung Ihren Erwartungen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> |
| <small>M/T77/B</small> |  | immer                    | häufig                   | geleg.                   | nie                      | t. n. z.                 | k. A.                    |
| 18.19                  | Erhalten Sie die zum Waschen abgegebene Wäsche zeitnah, vollständig und in einwandfreiem Zustand aus der Wäscherei zurück? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <small>M/T64/B</small> |  | immer                    | häufig                   | geleg.                   | nie                      | t. n. z.                 | k. A.                    |
| 18.20                  | Hat sich für Sie etwas zum Positiven geändert, wenn Sie sich beschwert haben?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |