**Qualitätsprüfung in der vollstationären Pflege/Kurzzeitpflege**

<https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/PV_Qualitaetspruefung/22_08_03_QPR_vollstationaer_2022.pdf>

Der Prüfansatz findet u. a. seinen Ausdruck im Fachgespräch zwischen Gutachter und den Mitarbeitern der Pflegeeinrichtung. Die fachliche Kommunikation hat einen hohen Stellenwert für den Ablauf und den Inhalt der Qualitätsprüfung. Grundvoraussetzung für den reibungslosen Ablauf des Prüfverfahrens ist die Anwesenheit eines fachlichen Ansprechpartners für die Bewertung bewohnerbezogener Qualitätsaspekte (z. B. Bezugspflegefachkraft) und für die Beurteilung auf Einrichtungsebene (z. B. Leitungskräfte).

**Checkliste zur Vorbereitung auf eine Regelprüfung (stationär/Kurzzeitpflege)**

* zu Beginn der vollstationären Regelprüfung vorzuhalten
* Erhebungsreport
* Übersicht der versorgten Personen/Bewohnerliste mit Informationen über kognitive Fähigkeiten und Mobilität (Merkmalskombination)
* Pseudonymisierungsliste
* zu Beginn der Regelprüfung in der Kurzzeitpflege vorzuhalten
	+ Übersicht der versorgten Personen/Bewohnerliste mit Informationen über kognitive Fähigkeiten und Mobilität (Merkmalskombination – siehe QPR Ziffer 10)
* im Verlauf der QP wird benötigt
* Versorgungsvertrag der Pflegeeinrichtung
* Dienstpläne (Pflege, Betreuung, Hauswirtschaft)
* Qualifikationsnachweise der Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung
* aktuelle Handzeichenliste der an der Versorgung beteiligten Mitarbeiter
* ausgefüllte Übersicht "Angaben zur Einrichtung" 🡪 siehe Anlage (D. – I.)
* ausgefüllte Übersicht "Zusammensetzung Personal" 🡪 siehe Anlage (J.)
* ggf. Zugriff auf die letzte Erfassung der Versorgungsergebnisse gemäß Maßstäbe und Grundsätze, Anlage 3
* Konzept zur Sterbebegleitung inkl. Regelungen zur Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen (z. B. Palliativdienste)
* Prüfergebnisse vorangegangener externer Prüfungen
* Nachweise/Unterlagen des internen Qualitätsmanagements
* Nachweis Aufgabenwahrnehmung der verantwortlichen Pflegefachkraft (z. B. Stellenbeschreibung)
* Nachweise zur Eingewöhnung der versorgten Personen (z. B. Integrationsgespräch)
* umfassende Informationen zur Versorgungssituation der einbezogenen Personen inklusive der Pflegedokumentation

Ggf. werden bei Bedarf durch das Prüfteam weitere Informationen benötigt und in der Prüfung angefragt.

|  |
| --- |
| **Prüfung auf Einrichtungsebene – Allgemeine Angaben (QPR, Prüfbogen B)****D. Angaben zur Einrichtung** |
| 1. **Name**
 |  |
| 1. **Straße**
 |  |
| 1. **PLZ/Ort**
 |  |
| 1. **Institutions-**

 **kennzeichen (IK)** | **1.** |
| **2.** |
| **3.**  |
| **4.**       |
| 1. **Telefon**
 |  |
| 1. **Fax**
 |  |
| 1. **zentrale E-Mail-Adresse der Pflegeeinrichtung**

**(für den Prüfberichtversand)** |  |
| 1. **Internetadresse**
 |  |
| 1. **Träger/Inhaber**
 |  |
| 1. **Trägerart**
 | **[ ]  privat** |
| **[ ]  freigemeinnützig** |
| **[ ]  öffentlich** |
| **[ ]  nicht zu ermitteln** |
| 1. **ggf. Verband**
 |  |
| 1. **Einrichtungsart**
 | **[ ]  vollstationär** |
| **[ ]  solitäre Kurzzeitpflege** |
| 1. **Datum Abschluss**

 **Versorgungsvertrag**  |  |
| 1. **Datum**

 **Inbetriebnahme**  **Pflegeeinrichtung** |  |
| 1. **Heimleitung**

 **Name**  |  |
| 1. **verantwortliche**

**PFK Name** |  |
| 1. **stellv. verantwortliche**

**PFK Name** |  |
| 1. **ggf. vorhandene**

**Zweigstellen** |  |
| 1. **Name des**

**Ansprechpartners** **für die DCS** |  |
| 1. **E-Mail des**

**Ansprechpartners** **für die DCS (E-Mail-Adresse, wie an die DCS gemeldet)** |  |
| 1. **DAS-Kennzeichen**
 |  |

|  |
| --- |
| **F. Prüfauftrag nach § 114 SGB XI** |
| 1. **Datum der letzten Prüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI:**
 |  |
|  | **TT.MM.JJJJ** |
| 1. **Letzte Prüfung anderer Prüfinstitutionen**
 | **TT.MM.JJJJ** |
| **[ ]  Nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige**  **Aufsichtsbehörde** |  |
| **[ ]  Gesundheitsamt** |  |
| **[ ]  Sonstige** |  |
| **[ ]  keine Angaben** |  |

|  |
| --- |
| **G. Art der Einrichtung und Versorgungssituation** |
|  | **Vollstationäre Pflege**  | **Kurzzeitpflege** |
| **vorgehaltene Plätze:** |  |  |
|  | **Vollstationäre Pflege (Langzeit):**  | **Eingestreute Kurzzeitpflege:**  |  |
|  **belegte Plätze:** |  |  |  |

|  |
| --- |
| **I. Nach Angabe der Pflegeeinrichtung: Anzahl versorgte Personen mit:** |
| 1. **Wachkoma:**
 |  |
| 1. **Beatmungspflicht:**
 |  |
| 1. **Dekubitus:**
 |  |
| 1. **Blasenkatheter:**
 |  |
| 1. **PEG-Sonde:**
 |  |
| 1. **Fixierung:**
 |  |
| 1. **Kontraktur:**
 |  |
| 1. **Vollständiger Immobilität:**
 |  |
| 1. **Tracheostoma:**
 |  |
| 1. **Multiresistenten Erregern:**
 |  |

|  |
| --- |
| **H. Nach Angabe der Pflegeeinrichtung: Struktur der Wohn- und Pflegebereiche** Hinweis für vollstationäre Pflegeeinrichtungen:Hier sind alle belegten Plätze zu berücksichtigen (auch Krankenhausaufenthalt, Urlaub, Kurzzeitpflegegäste etc.) |
|   |  |  | **davon nach SGB XI eingestuft in Pflegegrad** |
| **Wohn-/ Pflegebereich** | **Bereich auf 1 Ebene** | **Anzahl****versorgte Personen** | kein Pflegegrad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | ja **[ ]** nein **[ ]**  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ja **[ ]** nein **[ ]**  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ja **[ ]** nein **[ ]**  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ja **[ ]** nein **[ ]**  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ja **[ ]** nein **[ ]**  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ja **[ ]** nein **[ ]**  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Summe** |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **J.** | **Nach Angabe der Pflegeeinrichtung: Zusammensetzung Personal** (Direkt in der Einrichtung Beschäftigte; ohne Mitarbeitende externer Leistungserbringer) |
| Funktion/Qualifikation | Vollzeit(     Std./Woche) | Teilzeit | geringfügigBeschäftigte | Personalgesamt |
| Anzahl MA | Anzahl MA | Stellen-umfang(Std./Woche) | Anzahl MA | Stellen-umfang(Std./Woche) | Stellen in Vollzeit |
| **Pflege** |
| Verantwortliche Pflegefachkraft |  |  |  |  |  |  |
| Stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft |  |  |  |  |  |  |
| Altenpfleger/in |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Heilerziehungspfleger/in |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Krankenpflegehelfer/in |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Altenpflegehelfer/in |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Angelernte Kräfte |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Auszubildende |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Bundesfreiwilligendienst-Leistende |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Freiwilliges soziales Jahr |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Sonstige |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Zusätzliches Personal nach PpSG (§ 8 Abs. 6 SGB XI) |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Betreuung** |
| Sozialpädagogin/Sozialpädagoge  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Sozialarbeiter/in |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Ergotherapeut/inBeschäftigungstherapeut/in |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Sonstige  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Zusätzliche Betreuungskräfte nach § 43b SGB XI |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Hauswirtschaftliche Versorgung** |
| Hauswirtschaftliche Fachkräfte (2-3 jährige Ausbildung oder Studium) |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Hilfskräfte und angelernte Kräfte |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Sonstige |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |