

MDK Hessen, Alter Kirchhainer Weg 5, 35039 Marburg

Die Verbände der Pflegekassen
in Hessen
Kölner Str. 8
65760 Eschborn



Medizinischer Dienst der
Krankenversicherung in
Hessen

MDK Hessen
Pflegeteam Qualitätsprüfung
Marburg
Alter Kirchhainer Weg 5
35039 Marburg

Tel: 06421-9458-28
Fax: 06421-9458-46
E-Mail:
pvquali-marburg@mdk-hesse
n.de

Prüfbericht nach §§ 114 ff SGB XI

Auftragsnummer 120202VT15401003-000006838

Tagespflege Schöne Zeit

**Wetzlarer Str. 55
35638 Leun**

Datum der Prüfung: 02.02.2012

Prüfer: Jutta Faehser-Zipp
Pflegefachkraft

Elena Seif
Pflegefachkraft
Auditor

Prüfmaßstab

Prüfmaßstab waren die §§ 114 ff SGB XI, die "Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschl. des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der teilstationären Pflege (Tages- und Nachtpflege) vom 18. August 1995 (i.d.F. vom 31. Mai 1996), sowie die "Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität (Qualitätsprüfungs – Richtlinien – QPR) vom 30.06.2009".

Diese Unterlagen dienten gleichzeitig als Leitfaden zur Gesprächsführung.

Der MDK in Hessen legt Wert darauf, einen geschlechtsspezifischen Sprachstil zu vermeiden. Wenn im Prüfbericht auf die Ausformulierung der weiblichen Sprachform verzichtet wird, geschieht dies lediglich im Sinne der besseren Lesbarkeit.

Prüfungsanlass

Die Einrichtung wurde im Rahmen einer Regelprüfung gemäß §§ 114 ff SGB XI besucht.

1. Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

1.1 Auftragsnummer:	120202VT15401003-000006838
1.2 Daten zur Pflegeeinrichtung	
a. Name	Tagespflege Schöne Zeit
b. Straße	Wetzlarer Str. 55
c. PLZ/Ort	35638 Leun
d. Institutskennzeichen (IK)	510653282
e. Telefon	06473-3279
f. Fax	06473-3596
g. E-Mail	info@apl-leun.de
h. Internet-Adresse	www.apl-leun.de
i. Träger/Inhaber	Uwe Bördner Wetzlarer Str. 55
j. Trägerart <input checked="" type="radio"/> privat <input type="radio"/> freigemeinnützig <input type="radio"/> öffentlich <input type="radio"/> nicht zu ermitteln	
k. ggf. Verband	bpa
l. Einrichtungsart	<input type="radio"/> Stationär <input checked="" type="radio"/> Teilstationär <input type="radio"/> Kurzzeitpflege
m. Datum Abschluss Versorgungsvertrag	01.08.2010
n. Datum Inbetriebnahme der Einrichtung	01.08.2010
o. Heimleitung Name	Herr Uwe Bördner
p. Verantw. PFK Name	Herr Uwe Bördner
q. Stellv. verantw. PFK	Frau Gabi Just
r. Heimmitwirkung	<input type="radio"/> Heimbeirat <input checked="" type="radio"/> Heimfürsprecher
s. ggf. vorhandene Zweigstellen/Filialen	
t. Zertifizierung	<input type="radio"/> liegt vor <input checked="" type="radio"/> liegt nicht vor
Name des Ansprechpartners für DCS	
E-Mailadresse des Ansprechpartners für	nomail@itsg.de

DCS	
-----	--

1.3 Daten zur Prüfung		
a. Auftraggeber	Verbände der Pflegekassen in Hessen AOK	
Zuständiger Landesverband der Pflegekassen	<input checked="" type="radio"/> AOK <input type="radio"/> IKK <input type="radio"/> LKK <input type="radio"/> BKK <input type="radio"/> KBS <input type="radio"/> vdek	
b. Datum (TT.MM.JJJJ) 02.02.2012	c. Uhrzeit von (SS:MM) 09:30	Uhrzeit bis (SS:MM) 15:30
d. Gesprächspartner der Einrichtung	Herr Uwe Bördner (Inhaber/verantwortliche PFK) Frau Barbara Grabitzki (verantwortliche PFK des ambulanten Pflegedienstes der Einrichtung)	
e. Prüfende(r) Gutachter	Jutta Faehser-Zipp Elena Seif	
f. An der Prüfung Beteiligte <input type="checkbox"/> Pflegekasse <input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger <input type="checkbox"/> Heimaufsicht <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Trägerverband <input type="checkbox"/> Sonstige: welche?	Namen:	

1.4 Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI		
a. <input checked="" type="radio"/> Regelprüfung		
b. <input type="radio"/> Anlassprüfung (Beschwerde Pflegebedürftige, Angehörige u.ä.) <input type="radio"/> Anlassprüfung (Hinweise von anderen Institutionen) <input type="radio"/> Anlassprüfung (sonstige Hinweise) <input type="radio"/> Wiederholungsprüfung		
c. <input type="radio"/> Wiederholungsprüfung auf Antrag der Pflegeeinrichtung		
d. <input type="checkbox"/> nächtliche Prüfung		
e. Datum der letzten Prüfung durch den MDK	16.03.2011 TT.MM.JJJJ	
f. Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen	<input type="checkbox"/> Heimaufsicht <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Sonstige <input checked="" type="checkbox"/> keine Angaben <input type="checkbox"/> Prüfung nach anerkanntem Prüfverfahren	TT.MM.JJJJ

1.5 Von der Pflegeeinrichtung zur Prüfung vorgelegte Unterlagen?	ggf. Datum	liegt vor	liegt nicht vor	n.e.	tnz
Aufstellung über die Anzahl aller vorgehaltenen und belegten Wohnplätze sowie der versorgten Bewohner, differenziert nach Wohnbereichen und Pflegestufen mit Datum		●	○	○	
wohnbereichsbezogene Aufstellung über die Anzahl der Bewohner mit:		●	○	○	
- Wachkoma - Kontraktur - Beatmungspflicht - vollständiger - Dekubitus Immobilität - Blasenkatheter - Tracheostoma - PEG-Sonde - MRSA - Fixierung - Diabetes mellitus					
Versorgungsvertrag der Einrichtung / Strukturerhebungsbogen		●	○	○	
Ausbildungsnachweis der verantwortlichen Pflegefachkraft		●	○	○	
Weiterbildungsnachweis der verantwortlichen Pflegefachkraft		●	○	○	
Ausbildungsnachweis der stellv. verantwortlichen Pflegefachkraft		●	○	○	
Pflegebezogene Ausbildungsnachweise der pflegerischen Mitarbeiter		○	○	●	
Aufstellung aller in der Pflege und Betreuung tätigen Mitarbeiter mit Name, Berufsausbildung und Beschäftigungsumfang		●	○	○	
aktuelle Handzeichenliste		●	○	○	
Liste der von der Einrichtung vorgehaltenen Pflegehilfsmittel / Hilfsmittel		○	○	●	
Dienstpläne		●	○	○	
Pflegeleitbild		○	○	●	
Pflegekonzept		●	○	○	
Hauswirtschaftskonzept		○	○	●	
Konzept soziale Betreuung		●	○	○	
Pflegedokumentationssystem		●	○	○	
Schriftliche Mitteilung an Landesverbände der Pflegekassen über Zusatzleistungen nach § 88 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI		○	○	○	●
Stellenbeschreibungen		●	○	○	
Nachweise über Pflegevisiten		○	○	●	○
Nachweise über Fallbesprechungen		○	○	●	○
Nachweise über Informationsweitergabe		●	○	○	
Nachweise über Dienstbesprechungen		●	○	○	
Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter		●	○	○	
Fortbildungsplan		●	○	○	
Nachweise interne Fortbildung		●	○	○	
Nachweise externe Fortbildung		○	○	●	
Nachweise zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement		●	○	○	

Organigramm		●	○	○
Nachweise externes Qualitätsmanagement		○	○	●
Pflegestandards / Leitlinien / Richtlinien		●	○	○
Hygienestandard/-plan/-konzept		●	○	○
Konzept zum Beschwerdemanagement		●	○	○
Regelungen zum Umgang mit personenbezogenen Notfällen		●	○	○
Hauswirtschaftsbezogene Ausbildungsnachweise der hauswirtschaftlichen Mitarbeiter		○	○	○ ●

n.e. = nicht erforderlich

Die mit "n.e." gekennzeichneten Nachweisdokumente sind für die Qualitätsprüfung in Bezug auf die Mindestkriterien nicht erforderlich bzw. prüfungsrelevant.

1.6 Art der Einrichtung und Versorgungssituation					
	Vollstationäre Pflege	Kurzzeitpflege	Teilstationäre Pflege - Tag	Teilstationäre Pflege - Nacht	ggf. Bewohner im Schwerpunkt
vorgehaltene Plätze	0	0	14	0	0
belegte Plätze	0	0	10	0	0
davon vorgehaltene Plätze nach Organisationsform					
	angegliedert	0	0	0	0
	eingestreut	0	0	0	0
	solitär	0	14	0	0

Alle Angaben beruhen auf Selbstauskünften der Einrichtung. Folgende Angaben zur Festlegung der Stichprobe konnten der am Tag der Qualitätsprüfung vorgelegten/erstellten Liste der Tagespflegegäste entnommen werden:

10 Tagespflegegäste (anwesend)
 davon ohne Pflegestufe: ..0 Personen
 davon Pflegestufe 1: 7 Personen
 davon Pflegestufe 2: 3 Personen
 davon Pflegestufe 3: 0 Personen

Somit ergab sich folgendes Profil für die Festlegung der Stichprobe:

Zu begutachten: 5 Personen
 Pflegestufe 1: 3 Personen
 Pflegestufe 2: 2 Personen
 Pflegestufe 3: 0 Personen

Die errechnete Stichprobengröße konnte nicht eingehalten werden, da von den anwesenden 10 Tagespflegegästen nur bei 4 Personen die gesetzlichen Betreuer oder Bevollmächtigten erreicht werden konnten, um sich telefonisch mit der Begutachtung einverstanden zu erklären. Aus diesem Grunde wurden 4 Tagespflegegäste begutachtet, davon Pflegestufe 1: 2 Personen

Pflegestufe 2: 2 Personen

Durch die Einrichtung erwürfelte Zufallszahl: 4

1.7 Struktur der Wohn- und Pflegebereiche													
Wohn-/ Pflege- bereich	Bereich auf 1 Ebene	Anzahl Zimmer mit Wohnplätze				Anzahl Bewoh- ner	davon PEA	davon nach SGB XI eingestuft in Pflegestufe					
		1	2	3	>3			keine	I	II	III	davon Härte- fälle	n.n. einges- tuft
Tagespfle- ge	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	0	0	0	0	10	0	0	7	3	0	0	0
Gesamt:						10	0	0	7	3	0	0	0

1.8 Nach Angabe der Pflegeeinrichtung Anzahl Bewohner mit:	
a. Wachkoma	0
b. Beatmungspflicht	0
c. Dekubitus	0
d. Blasenkatheter	1
e. PEG-Sonde	0
f. Fixierung	0
g. Kontraktur	0
h. vollständiger Immobilität	0
i. Tracheostoma	0
j. MRSA	0
k. Diabetes mellitus	4

1.9 Ist ein pflegfachlicher Schwerpunkt vereinbart?	<input type="radio"/> ja	<input checked="" type="radio"/> nein
--	--------------------------	---------------------------------------

1.10 Werden Zusatzleistungen gemäß § 88 SGB XI von der Pflegeeinrichtung angeboten?	<input type="radio"/> ja	<input checked="" type="radio"/> nein
--	--------------------------	---------------------------------------

1.11 Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht?	<input checked="" type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wenn ja, welche?		
a. <input type="checkbox"/> Grundpflege b. <input type="checkbox"/> Behandlungspflege c. <input type="checkbox"/> soziale Betreuung d. <input checked="" type="checkbox"/> Speisen- und Getränkeversorgung e. <input type="checkbox"/> Wäscheversorgung f. <input type="checkbox"/> Hausreinigung		

Die Speisenversorgung erfolgt durch die Metzgerei Hensche in Biskirchen

Die erfassten Daten des 1. Kapitels sind dem Selbstauskunftsbogen der Einrichtung entnommen.

2. Zusammenfassende Beurteilung

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Feststellungen in zusammengefasster Form wiedergegeben. Die Empfehlungen zur Beseitigung vorgefundener Qualitätsdefizite bzw. der

Anforderungen, welche sich hieraus ergeben, sind unter Abschnitt 3 aufgeführt. Detaillierte Ergebnisse, insbesondere zu den einzelnen Versicherten, sind in den Anlagen zum Prüfbericht beschrieben.

In der Tagespflege "Schöne Zeit" wurde zuvor am 16.03.2011 eine Qualitätsprüfung durch den MDK durchgeführt.

Zum Zeitpunkt der Qualitätsprüfung waren zehn Tagespflegegäste anwesend. Die errechnete Stichprobengröße konnte nicht eingehalten werden, da von den anwesenden Tagespflegegästen nur bei vier Personen die gesetzlichen Betreuer oder Bevollmächtigten erreicht werden konnten, um sich telefonisch mit der Begutachtung einverstanden zu erklären. Aus diesem Grunde wurden vier Tagespflegegäste unter medizinisch-pflegerischen Gesichtspunkten begutachtet. Davon waren drei Gäste zur eigenen Zufriedenheit auskunftsfähig und äußerten umfassendes Wohlbefinden im Rahmen ihres Aufenthaltes in der Tagespflegeeinrichtung.

Die aktuelle Prüfung fand in einer offenen und freundlichen Atmosphäre statt. Einsicht in alle erforderlichen Unterlagen wurde gewährt. Die prüfungsrelevanten Anforderungskriterien der Strukturqualität werden bis auf zwei Defizite vollständig umgesetzt. Hinsichtlich der Prozessqualität besteht Optimierungsbedarf besonders im Bereich des Risikomanagements und in einem Fall hinsichtlich der Behandlungspflege.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 4 Ablauforganisation

Die fachliche Anleitung und Überprüfung grundpflegerischer Tätigkeiten von Pflegehilfskräften durch Pflegefachkräfte ist nicht nachvollziehbar gewährleistet.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 8 Hygiene

Innerbetriebliche Verfahrensanweisungen zum Umgang mit Sterilgut, einschließlich Einmalmaterial liegen nicht vor.

Innerbetriebliche Verfahrensanweisungen zur Reinigung und Ver- und Entsorgung kontagiöser oder kontaminierter Gegenstände liegen nicht vor.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 12 Behandlungspflege

Die Dokumentation einer Schmerzeinschätzung im Sinne einer systematischen Erfassung der Schmerzlokalisierung, der Intensität, des Verlaufes und der verstärkenden und lindernden Faktoren liegt nicht vor (siehe Anlage P3).

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 13 Mobilität

Umgang mit Sturzrisiko

Das individuelle Sturzrisiko wird nicht erfasst und dokumentiert (siehe Anlagen P3, P4).

Die erforderlichen sturzprophylaktischen Maßnahmen werden nicht nachvollziehbar geplant, durchgeführt und dokumentiert (siehe Anlagen P1, P2).

Umgang mit Kontrakturrisiko

Das individuelle Kontrakturrisiko wird nicht erfasst und dokumentiert (siehe Anlagen P1, P2, P3, P4).

Abschlussgespräch

Das Abschlussgespräch fand am 02.02.2012 in der Einrichtung statt. Anwesend waren die bereits zu Beginn des Prüfberichtes aufgeführten Teilnehmer. Von Seiten des MDK-Teams wurde zunächst für die Kooperation der Einrichtungsvertreter gedankt. Unter Würdigung der positiven Eindrücke des Besuches wurden die wesentlichen Ergebnisse der Prüfung unter den Gesichtspunkten der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zusammenfassend dargestellt. Die Mitteilung erfolgte vorbehaltlich der noch nicht abgeschlossenen detaillierten Prüfung kopierter Nachweisdokumente. Zur Beseitigung der festgestellten Qualitätsdefizite, soweit diese zu diesem Zeitpunkt bekannt waren, erfolgte während des Prüfungsverlaufes sowie im Abschlussgespräch Beratung durch das Gutachterteam.

3. Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten

Während des Abschlussgespräches wurde gemeinsam mit den Einrichtungsvertretern die Einleitung und Umsetzung der folgenden Maßnahmen als Grundlage der Empfehlung an die Verbände der Pflegekassen besprochen. Aus pflegefachlicher Sicht hat der MDK die Einrichtung aufgefordert, die empfohlenen Maßnahmen unverzüglich umzusetzen.

Maßnahmen

zur Struktur- und Prozessqualität:

Frage	Maßnahme	Umsetzung der Maßnahmen ab sofort mit einer Frist bis:
4.3	Die fachliche Anleitung und Überprüfung grundpflegerischer Tätigkeiten von Pflegehilfskräften durch Pflegefachkräfte ist nachvollziehbar zu gewährleisten.	in 2 Monaten
8.2	Ein angemessenes Hygienemanagement mit folgenden Schwerpunkten ist in Anwendung zu bringen: - innerbetriebliche Verfahrensweisen zum Umgang mit Sterilgut - Reinigung und Ver- und Entsorgung kontagiöser oder kontaminierter Gegenstände	in 1 Monat

zur Prozess- und Ergebnisqualität:

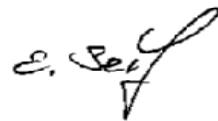
Frage	Maßnahme	Umsetzung der Maßnahmen ab sofort mit einer Frist bis:
12.6	Eine systematische Schmerzeinschätzung muss erfolgen.	in 2 Wochen
13.4	Das individuelle Sturzrisiko muss erfasst werden.	in 1 Monat
13.6	Erforderliche Maßnahmen zur Sturzprophylaxe müssen durchgeführt werden.	in 2 Wochen
13.11	Das individuelle Kontrakturrisiko muss erfasst werden.	in 1 Monat

Der MDK Hessen steht für Nachfragen unter pvquali-marburg@mdk-hessen.de weiterhin zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Jutta Fähser-Zipp
Pflegefachkraft



Elena Seif
Pflegefachkraft
Dipl. Pflegewirtin (FH)
Qualitätsauditorin (DGA)

Anlage zum Prüfbericht nach §§ 114 SGB XI

In der Anlage sind nur die Fragen und Kriterien aus dem Erhebungsbogen aufgenommen, die relevant sind und bei denen Angaben gemacht wurden. Nicht zutreffende Fragen und Kriterien wurden nicht aufgenommen.

Inhaltsverzeichnis

Kapitel 1 Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung
Kapitel 2 Allgemeine Angaben
Kapitel 3 Aufbauorganisation Personal
Kapitel 4 Ablauforganisation
Kapitel 5 Konzeptionelle Grundlagen
Kapitel 6 Qualitätsmanagement
Kapitel 7 Pflegedokumentationssystem
Kapitel 8 Hygiene
Kapitel 9 Verpflegung
Kapitel 10 Soziale Betreuung

Die folgenden Kapitel wiederholen sich für jeden in die Prüfung einbezogenen Bewohner.

Kapitel 11 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner
Kapitel 12 Behandlungspflege
Kapitel 13 Mobilität
Kapitel 14 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung
Kapitel 15 Urininkontinenz
Kapitel 16 Umgang mit Demenz
Kapitel 17 Körperpflege
Kapitel 18 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität
Kapitel 20 Befragung der Bewohner als zusammenfassende Darstellung aller befragten Personen

Kapitel 1 Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung (siehe Punkt 1 des Prüfberichts)

Kapitel 2 Allgemeine Angaben

2.2 Wird bei der Gestaltung der Wohnräume den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner nach Privatheit und Wohnlichkeit Rechnung getragen?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

a. und b.: Aus datentechnischen Gründen wurde der Sachverhalt bewertet. Für teilstationäre Pflegeeinrichtungen treffen diese Fragen jedoch nicht zu.

2.3 Bezüglich der strukturellen Anforderungen an die Versorgung von Bewohnern mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen trifft für die Einrichtung Folgendes zu:

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

2.4 Ist für die Bewohner bei Bedarf das jederzeitige Verlassen und Betreten der Pflegeeinrichtung gewährleistet (z.B. durch Pförtner, Vergabe von Schlüsseln, Klingel etc.)?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

Kapitel 3 Aufbauorganisation Personal

3.1 Sind Verantwortungsbereiche und Aufgaben für die in der Pflege, sozialen Betreuung und hauswirtschaftlichen Versorgung beschäftigten Mitarbeiter verbindlich geregelt?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

3.2 Ist die verantwortliche Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Pflegekassen bekannt?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

3.3 Die verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

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

Stunden 40,0

3.5 Ist die verantwortliche Pflegefachkraft in der direkten Pflege tätig?

Die verantwortliche Pflegefachkraft ist nicht in der direkten Pflege tätig.

3.6 Ist die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Pflegekassen bekannt?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

3.7 Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien.

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

3.8 Zusammensetzung Personal							
Basis für Vollzeit Stunden/Woche					40,00		
Geeignete Kräfte:	Vollzeit		Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		Gesamtstellen in Vollzeit
	Std/W	Anz. MA	Std/W	Anz. MA	Std/W	Anz/MA	
Pflege							
Verantwortliche Pflegefachkraft	40,00	1					1,00
Stellv. verantwortliche Pflegefachkraft			20,00	1			0,50
Altenpfleger(in)			20,00	1			0,50
(Gesundheits-) und Krankenpfleger(in)			20,00	1			0,50
angelernte Kräfte					9,00	5	1,13

Die in der Tabelle erfassten Daten sind dem Selbstauskunftsbogen der Einrichtung entnommen

Kapitel 4 Ablauforganisation

4.1 Ist die Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

4.3 Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung grundpflegerischer Tätigkeiten von Pflegehilfskräften durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet?

Die Anforderung wurde nicht erfüllt.

Die fachliche Anleitung und Überprüfung grundpflegerischer Tätigkeiten von Pflegehilfskräften durch Pflegefachkräfte ist nicht nachvollziehbar gewährleistet. Nachweisdokumente können nicht vorgelegt werden.

4.5 Ist durch die Personaleinsatzplanung eine kontinuierliche Pflege- und Versorgung der Bewohner gegeben?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

b. und c.: Aus datentechnischen Gründen wurde der Sachverhalt bewertet. Für teilstationäre Pflegeeinrichtungen treffen diese Fragen jedoch nicht zu.

4.6 Ist die Personaleinsatzplanung mit Blick auf den Versorgungs- und Pflegebedarf der Bewohner adäquat?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

Kapitel 5 Konzeptionelle Grundlagen

Kapitel 6 Qualitätsmanagement

6.3 Werden die für die stationäre Pflege relevanten Aussagen der Expertenstandards des DNQP im Rahmen des internen Qualitätsmanagements berücksichtigt oder sind konkrete Maßnahmen geplant?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

6.6 Wird das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement entsprechend dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess (im Sinne des PDCA-Zyklus) gehandhabt?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

6.8 Liegt ein bedarfsgerechter prospektiver Fortbildungsplan für alle Leistungsbereiche vor?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

6.12 Werden Methoden zur Sicherstellung der Informationsweitergabe genutzt?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

c. und e.: Aus datentechnischen Gründen wurde der Sachverhalt bewertet. Für teilstationäre Pflegeeinrichtungen treffen diese Fragen jedoch nicht zu.

6.13 Gibt es schriftlich festgelegte und verbindliche Regelungen für Erste-Hilfe-Maßnahmen bei Bewohnern?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

6.14 Verfügt die Pflegeeinrichtung über ein Beschwerdemanagement?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

Kapitel 7 Pflegedokumentationssystem

Kapitel 8 Hygiene

8.1 (T58) Ist der Gesamteindruck der Einrichtung im Hinblick auf Sauberkeit und Hygiene gut? (z.B. optische Sauberkeit, Ordnung, Geruch)

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

8.2 Gibt es in der Pflegeeinrichtung ein angemessenes Hygienemanagement?

Die Anforderung wurde mit 3 von 5 Kriterien erfüllt.

Nicht erfüllt sind die Kriterien:

- a. innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Desinfektion und Umgang mit Sterilgut
- b. Reinigung und Ver- und Entsorgung kontagiöser oder kontaminierter Gegenstände

a.: Innerbetriebliche Verfahrensanweisungen zum Umgang mit Sterilgut, einschließlich Einmalmaterial liegen nicht vor.

b.: Innerbetriebliche Verfahrensanweisungen zur Reinigung sowie Ver- und Entsorgung kontaminierter Gegenstände liegen nicht vor.

Kapitel 9 Verpflegung

9.1 (T62) Wird der Speiseplan in gut lesbarer Form bekannt gegeben?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

9.2 Wird in der Einrichtung ein abwechslungsreiches, vielseitiges und bedarfsgerechtes Speiseangebot vorgehalten?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

9.4 (T59) Kann der Zeitpunkt des Essens im Rahmen bestimmter Zeitkorridore frei gewählt werden?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

9.5 Findet eine angemessene Getränkeversorgung für die Bewohner zuzahlungsfrei statt?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

9.7 (T64) Werden Speisen und Getränke in für die Bewohner angenehmen Räumlichkeiten und entspannter Atmosphäre angeboten?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

Kapitel 10 Soziale Betreuung

10.1 Werden Leistungen der sozialen Betreuung angeboten?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

10.2 (T51) Sind die Angebote der sozialen Betreuung auf die Struktur und Bedürfnisse der Bewohner ausgerichtet?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

10.5 Ist das Angebot an sozialer Betreuung ausreichend?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

b.: Aus datentechnischen Gründen wurde der Sachverhalt bewertet. Für teilstationäre Pflegeeinrichtungen trifft diese Frage jedoch nicht zu.

10.8 Wird die Eingewöhnung der Bewohner in die Pflegeeinrichtung systematisch begleitet?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

10.9 (T54) Gibt es ein Angebot zur Sterbebegleitung auf der Basis eines Konzeptes?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

Aus datentechnischen Gründen wurde der Sachverhalt bewertet. Für teilstationäre Pflegeeinrichtungen trifft diese Frage jedoch nicht zu.

P1**Kapitel 11 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner**

11.1 Auftragsnummer:			120202VT15401003-000006838		
Datum	02.02.2012	Uhrzeit	10:40	Nummer Erhebungsbogen	P1

11.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P1
b. Pflegekasse	AOK
c. Pflege- / Wohnbereich	Tagespflege
d. Geburtsdatum	1927
e. Einzugsdatum	01.11.2010
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Z.n. TIA, Morbus Parkinson, Niereninsuffizienz, Polyarthrose, Prostatahyperplasie, arterielle Hypertonie, mittlere motorische Funktionsstörung.
g. Pflegestufe <input checked="" type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> Härtefall <input type="radio"/> nicht pflegebedürftig <input type="radio"/> noch nicht eingestuft	
h. Ist die Alltagskompetenz nach Angaben der Pflegeeinrichtung eingeschränkt?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Ist der Bewohner mit der Feststellung des Pflegezustandes einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
j. Vorhandene Unterlagen	EDV-gestützte Pflegedokumentation

Die Bevollmächtigte (Tochter) hat um 10:30 Uhr telefonisch in die Begutachtung eingewilligt.

11.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	Elena Seif
b. Mitarbeiter Einrichtung (Funktion / Qualifikation)	Uwe Bördner (verantwortliche Pflegefachkraft)
c. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	

Kapitel 12 Behandlungspflege

	ja	nein	tnz
12.2 Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen (T02) Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
12.3 Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen (T03) Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
12.4 (T04) Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
12.5 Hat der Bewohner chronische Schmerzen?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Von: Gutachter beurteilt
 Einrichtung übernommen

Kapitel 13 Mobilität

13.1 Bewohner angetroffen
a. <input type="radio"/> liegend <input checked="" type="radio"/> sitzend <input type="radio"/> stehend
b. <input checked="" type="radio"/> Tageskleidung <input type="radio"/> Nachtwäsche

13.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	<input checked="" type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	Beschreibung	
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	(inklusive Paresen, Kontrakturen)	
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten		
c. Lageveränderung im Bett		
d. Aufstehen	Selbständig mit Hilfsmitteln.	
e. Sitzen		
f. Stehen	Freies Stehen nicht möglich.	
g. Gehen	Selbständiges Gehen mit Hilfsmitteln: - kleinschrittig - geringe Schritthöhe.	

Der Bewohner verfügt über folgende Hilfsmittel im Bereich der Mobilität:
 - Gehstock.

13.3 Liegt ein Sturzrisiko vor?	<input checked="" type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen	

	ja	nein
13.4 (T24) Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
13.6 (T26) Werden erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Die erforderlichen sturzprophylaktischen Maßnahmen werden nicht nachvollziehbar geplant, durchgeführt und dokumentiert.

In der Pflegeprozessplanung sind unter AEDL "sich bewegen" und/oder "für Sicherheit sorgen" keine Maßnahmen zur Sturzprophylaxe geplant, auch nicht als integrierte Maßnahmen in anderen Bereichen bzw. AEDL.

Aus den Durchführungsnachweisen werden Maßnahmen zur Sturzprophylaxe auch nicht erkennbar.

13.7 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?		<input checked="" type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Punkte: 19	nach: <input type="radio"/> Norton <input checked="" type="radio"/> Braden <input type="radio"/> sonstige	von: <input type="radio"/> Gutachter erhoben <input checked="" type="radio"/> Einrichtung übernommen	

	ja	nein
13.8 (T06) Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
13.9 (T07) Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13.10 Liegt ein Kontrakturrisiko vor?		<input type="radio"/> ja	<input checked="" type="radio"/> nein
Von:	<input checked="" type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen		

	ja	nein
13.11 (T27) Wird das individuelle Kontrakturrisiko erfasst?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Der Tagespflegegast weist zum Zeitpunkt der Prüfung kein Kontrakturrisiko auf, dies wurde jedoch von der Einrichtung nicht nachvollziehbar dokumentiert.

Kapitel 14 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

14.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung	
a. Aktuelles Gewicht	73,00 kg
b. Aktuelle Größe	168 cm
c. BMI (kg/m ²)	25,86
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input checked="" type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input type="radio"/> kann nicht ermittelt werden
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig

<input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten <input type="checkbox"/> kein Speichelsee unter der Zunge

Die Körpergröße des Tagespflegegastes wurde vom Gutachter geschätzt.

14.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

14.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

	ja nein
14.5 (T13) Werden individuelle Ernährungsressourcen und Risiken erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein
14.6 (T16) Werden individuelle Ressourcen und Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein tnz
14.7 (T14) Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Nahrungsversorgung durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein tnz
14.8 (T17) Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein
14.9 (T15) Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein
14.10 (T18) Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

Kapitel 15 Urininkontinenz

15.1 Der Bewohner ist versorgt mit:	<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung
c. <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten	<input checked="" type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen

15.2 Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
--	--

selbständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz?	
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

	ja	nein	tnz
15.3 Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter (T22) die individuellen Ressourcen und Risiken erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
15.4 Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter (T23) die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 16 Umgang mit Demenz

16.1 Orientierung und Kommunikation			
a.	sinnvolles Gespräch möglich	<input checked="" type="radio"/>	ja <input type="radio"/> nein
b.	nonverbale Kommunikation möglich	<input checked="" type="radio"/>	ja <input type="radio"/> nein
c.	Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	<input type="radio"/>	ja <input checked="" type="radio"/> nein

	ja	nein	tnz
16.2 (T36) Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Heimbewohners beachtet und bei der Tagesgestaltung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
16.3 (T37) Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege einbezogen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
16.4 (T38) Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung in der Pflegeplanung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
16.5 (T44) Werden dem Bewohner mit Demenz geeignete Angebote gemacht, z.B. zur Bewegung, Kommunikation oder zur Wahrnehmung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
16.6 (T39) Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag ermittelt und dokumentiert und werden daraus Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 17 Körperpflege

17.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut	
	Beschreibung
a.	<input checked="" type="checkbox"/> normal (Beschreibung nicht erforderlich)

--

17.3 Mundzustand / Zähne	
Beschreibung	
a. <input checked="" type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)

Kapitel 18 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

	ja nein
18.1 Wird beim Pflegeprozess die individuelle soziale Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein
18.4 Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften (T33) durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein
18.5 Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein tnz
18.6 Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

P2

Kapitel 11 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner

11.1 Auftragsnummer:			120202VT15401003-000006838		
Datum	02.02.2012	Uhrzeit	11:55	Nummer Erhebungsbogen	P2

11.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P2
b. Pflegekasse	Deutscher Ring KV
c. Pflege- / Wohnbereich	Tagespflege
d. Geburtsdatum	1964
e. Einzugsdatum	09.11.2010
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Apoplex 2009 mit Hemiplegie links, epileptische Anfälle, Z.n. mehrfachen Gehirnoperationen.
g. Pflegestufe	

<input type="radio"/> I <input checked="" type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> Härtefall <input type="radio"/> nicht pflegebedürftig <input type="radio"/> noch nicht eingestuft	
h. Ist die Alltagskompetenz nach Angaben der Pflegeeinrichtung eingeschränkt?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Ist der Bewohner mit der Feststellung des Pflegezustandes einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
j. Vorhandene Unterlagen	EDV-gestützte Pflegedokumentation

Die Bevollmächtigte (Ehefrau) hat um 10:35 Uhr telefonisch in die Begutachtung eingewilligt.

11.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	Elena Seif
b. Mitarbeiter Einrichtung (Funktion / Qualifikation)	Uwe Bördner (verantwortliche Pflegefachkraft)
c. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	

Kapitel 12 Behandlungspflege

	ja nein
12.5 Hat der Bewohner chronische Schmerzen?	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
Von: <input checked="" type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen	

Kapitel 13 Mobilität

13.1 Bewohner angetroffen	
a.	<input type="radio"/> liegend <input checked="" type="radio"/> sitzend <input type="radio"/> stehend
b.	<input checked="" type="radio"/> Tageskleidung <input type="radio"/> Nachtwäsche

13.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt		<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	Beschreibung	
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	(inklusive Paresen, Kontrakturen) Einschränkung der Beweglichkeit im Schulter-, Ellenbogen-, Hand- und in den Fingergelenken links.	
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	Einschränkung der Beweglichkeit im Hüft-, Knie- und Sprunggelenk links.	
c. Lageveränderung im Bett		
d. Aufstehen	Nur mit personeller Hilfe.	
e. Sitzen		
f. Stehen	Freies Stehen nicht möglich.	
g. Gehen	Gehen mit Hilfsmitteln und personeller Hilfe nur über kurze Strecken möglich.	

Der Bewohner verfügt über folgende Hilfsmittel im Bereich der Mobilität:

- Gehstock
- Rollstuhl.

13.3 Liegt ein Sturzrisiko vor?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

	ja nein
13.4 (T24) Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein tnz
13.6 (T26) Werden erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

Die erforderlichen sturzprophylaktischen Maßnahmen werden nicht nachvollziehbar geplant, durchgeführt und dokumentiert.

Der Tagespflegegast weist nach Einschätzung des Gutachters aufgrund der Benutzung von Hilfsmitteln (Rollstuhl) sowie durch Dritte Personen (Pfleger) bei Transfers ein Sturzrisiko auf, diese finden jedoch

bei der Planung der Maßnahmen keine Berücksichtigung. Aus der Pflegeplanung wird nicht erkennbar, welche Maßnahmen/Vorkehrungen im Rahmen der Transfers sowie in Rahmen von Gehübungen zu treffen sind, um Stürze zu vermeiden.

In der Pflegeplanung unter AEDL "sich bewegen" ist Folgendes geplant:

"Gymnastik

Bewegungslied

Hände, Arme, Kopf, und Füße bewegen, nach Musik oder auch ohne.

Ballspiel, 3 mal wöchentlich

Gehübung

3 mal wöchentlich."

Maßnahmen zur Sturzprophylaxe wurden auch nicht als integrierte Maßnahmen in anderen Bereichen bzw. AEDL geplant.

Aus den Durchführungsnachweisen werden Maßnahmen zur Sturzprophylaxe auch nicht erkennbar.

13.7 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Punkte: 17	nach: <input type="radio"/> Norton <input checked="" type="radio"/> Braden <input type="radio"/> sonstige
	von: <input type="radio"/> Gutachter erhoben <input checked="" type="radio"/> Einrichtung übernommen

	ja nein
13.8 (T06) Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein tnz
13.9 (T07) Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

13.10 Liegt ein Kontrakturrisiko vor?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
--	--

Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt
	<input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

	ja	nein
13.11 (T27) Wird das individuelle Kontrakturrisiko erfasst?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Der Tagespflegegast weist aufgrund der Hemiplegie links eine hohe Kontrakturgefährdung auf (siehe Punkt 13.2).

In der Informationssammlung wurde das Feld "Kontrakturgefahr" angekreuzt.

In der Pflegeprozessplanung unter AEDL "sich bewegen" wurden folgende Probleme erfasst:

"Herr ... kann nicht alleine gehen

Herr ... hat Behinderungen durch Lähmungen

Herr ... hat muskuläre Schwächen

Herr ... kann Extremitäten nicht bewegen

Herr ... leidet unter Bewegungsarmut/Bewegungsmangel."

Das individuelle Kontrakturrisiko (Benennung der gefährdeten Gelenke mit Beschreibung der Beweglichkeit und der Bewegungsabläufe) ist nicht erfasst worden.

	ja	nein	tnz
13.12 (T28) Werden die erforderlichen Kontrakturprophylaxen durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 14 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

14.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung	
a. Aktuelles Gewicht	122,60 kg
b. Aktuelle Größe	181 cm
c. BMI (kg/m ²)	37,42
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input checked="" type="radio"/> zugenommen <input type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input type="radio"/> kann nicht ermittelt werden
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten <input type="checkbox"/> kein Speichelsee unter der Zunge

14.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?	<input checked="" type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt	
	<input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen	

14.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?	<input checked="" type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Von:		

<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen
--

	ja nein
14.5 (T13) Werden individuelle Ernährungsressourcen und Risiken erfasst?	● ○

	ja nein
14.6 (T16) Werden individuelle Ressourcen und Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?	● ○

	ja nein tnz
14.7 (T14) Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Nahrungsversorgung durchgeführt?	● ○ ○

	ja nein tnz
14.8 (T17) Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?	● ○ ○

	ja nein
14.9 (T15) Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?	● ○

	ja nein
14.10 (T18) Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?	● ○

Kapitel 15 Urininkontinenz

15.2 Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz?	● ja ○ nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

	ja nein tnz
15.3 (T22) Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die individuellen Ressourcen und Risiken erfasst?	● ○ ○

	ja nein tnz
15.4 (T23) Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?	● ○ ○

Kapitel 16 Umgang mit Demenz

16.1 Orientierung und Kommunikation	
a. sinnvolles Gespräch möglich	● ja ○ nein
b. nonverbale Kommunikation möglich	● ja ○ nein
c. Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	○ ja ● nein

	ja nein tnz
16.2 (T36) Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Heimbewohners beachtet und bei der Tagesgestaltung	● ○ ○

berücksichtigt?	
	ja nein tnz
16.3 Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und (T37) Bezugspersonen in die Planung der Pflege einbezogen?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein tnz
16.4 Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung in der (T38) Pflegeplanung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein tnz
16.5 Werden dem Bewohner mit Demenz geeignete Angebote gemacht, (T44) z.B. zur Bewegung, Kommunikation oder zur Wahrnehmung?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein tnz
16.6 Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im (T39) Pflegealltag ermittelt und dokumentiert und werden daraus Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

Kapitel 17 Körperpflege

17.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut
Beschreibung
a. <input checked="" type="checkbox"/> normal (Beschreibung nicht erforderlich)
17.3 Mundzustand / Zähne
Beschreibung
a. <input checked="" type="checkbox"/> normal (Beschreibung nicht erforderlich)

Kapitel 18 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

	ja nein
18.1 Wird beim Pflegeprozess die individuelle soziale Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein
18.4 Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften (T33) durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein
18.5 Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

P3

Kapitel 11 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner

11.1 Auftragsnummer:			120202VT15401003-000006838		
Datum	02.02.2012	Uhrzeit	12:00	Nummer Erhebungsbogen	P3

11.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P3
b. Pflegekasse	BKK
c. Pflege- / Wohnbereich	Tagespflege
d. Geburtsdatum	1920
e. Einzugsdatum	01.08.2010
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Demenz
g. Pflegestufe <input type="radio"/> I <input checked="" type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> Härtefall <input type="radio"/> nicht pflegebedürftig <input type="radio"/> noch nicht eingestuft	
h. Ist die Alltagskompetenz nach Angaben der Pflegeeinrichtung eingeschränkt?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Ist der Bewohner mit der Feststellung des Pflegezustandes einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
j. Vorhandene Unterlagen	Pflegedokumentation

Um 10.25h hat sich der gesetzliche Betreuer telefonisch mit der Begutachtung des Tagespflegegastes einverstanden erklärt.

11.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	Jutta Faehser-Zipp
b. Mitarbeiter Einrichtung (Funktion / Qualifikation)	Barbara Grabitzki (verantwortliche PFK ambulant)
c. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	

Kapitel 12 Behandlungspflege

	ja	nein	tnz
12.2 Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen (T02) Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
12.3 Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen (T03) Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
12.4 (T04) Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
12.5 Hat der Bewohner chronische Schmerzen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Von: <input checked="" type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen		

	ja	nein	tnz
12.6 (T20) Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Die Dokumentation einer Schmerzeinschätzung im Sinne einer systematischen Erfassung der Schmerzlokalisierung, der Intensität, des Verlaufes und der verstärkenden und lindernden Faktoren liegt nicht vor.

In den Verlaufsberichten wird häufig beschrieben, dass der Tagespflegegast unter Schmerzen in den Knien leidet und die ärztlich angeordnete Bedarfsmedikation (Ibuprofen 400) erhält. Darüber hinaus finden sich keine Einträge hinsichtlich der Wirkung der verabreichten Schmerzmedikation bzw. eine systematische Schmerzerfassung.

	ja	nein	tnz
12.7 Kooperiert das Pflegeheim bei Schmerzpatienten eng mit dem (T21) behandelnden Arzt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
12.8 Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die verordneten (T12) Medikamente?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 13 Mobilität

13.1 Bewohner angetroffen
a. <input type="radio"/> liegend <input checked="" type="radio"/> sitzend <input type="radio"/> stehend
b. <input checked="" type="radio"/> Tageskleidung <input type="radio"/> Nachtwäsche

13.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	Beschreibung
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	(inklusive Paresen, Kontrakturen) Keine
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	Bewegungseinschränkungen aufgrund Ödemneigung in beiden Unterschenkeln. Verlangsamung und allg. Kraftminderung
c. Lageveränderung im Bett	
d. Aufstehen	Selbständig mit Hilfsmitteln.
e. Sitzen	Freies Sitzen möglich. Eigenständige Veränderung der Sitzposition möglich.

f. Stehen	Stehen mit Hilfsmitteln möglich.
g. Gehen	Selbständiges Gehen - mit Hilfsmitteln: - kleinschrittig - geringe Schritthöhe.

Der Tagespflegegast verfügt über folgende Hilfsmittel im Bereich der Mobilität:
- Rollator.

13.3 Liegt ein Sturzrisiko vor?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Von:	<input checked="" type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

	ja nein
13.4 (T24) Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>

Bei bestehender Sturzgefährdung wird das individuelle Sturzrisiko nicht erfasst und dokumentiert. In der Pflegedokumentation werden keine Aussagen dokumentiert ob bei dem Tagespflegegast Sturzrisiken bestehen bzw. um welche individuellen Risiken es sich handelt.

	ja nein tnz
13.6 (T26) Werden erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

13.7 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Punkte: 20	nach: <input type="radio"/> Norton <input checked="" type="radio"/> Braden <input type="radio"/> sonstige
	von: <input type="radio"/> Gutachter erhoben <input checked="" type="radio"/> Einrichtung übernommen

	ja nein
13.8 (T06) Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein tnz
13.9 (T07) Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

13.10 Liegt ein Kontrakturrisiko vor?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
Von:	<input checked="" type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

	ja nein
13.11 (T27) Wird das individuelle Kontrakturrisiko erfasst?	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>

Das individuelle Kontrakturrisiko wird nicht erfasst und dokumentiert. In der Pflegedokumentation werden keine Aussagen dokumentiert ob Kontrakturrisiken bestehen.

Kapitel 14 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

14.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung	
a. Aktuelles Gewicht	76,00 kg
b. Aktuelle Größe	170 cm
c. BMI (kg/m ²)	26,3
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input checked="" type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input type="radio"/> kann nicht ermittelt werden
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten <input type="checkbox"/> kein Speichelsee unter der Zunge

14.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

14.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

	ja nein
14.5 (T13) Werden individuelle Ernährungsressourcen und Risiken erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein
14.6 (T16) Werden individuelle Ressourcen und Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein
14.9 (T15) Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein
14.10 (T18) Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

Kapitel 15 Urininkontinenz

15.1 Der Bewohner ist versorgt mit:	<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung

c.	<input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenz- produkten	<input checked="" type="checkbox"/> offen Einlagen	<input type="checkbox"/> geschlossen
----	---	---	--------------------------------------

15.2 Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz?	<input checked="" type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt	<input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

	ja	nein	tnz
15.3 Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter (T22) die individuellen Ressourcen und Risiken erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
15.4 Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter (T23) die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 16 Umgang mit Demenz

16.1 Orientierung und Kommunikation		
a.	sinnvolles Gespräch möglich	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
b.	nonverbale Kommunikation möglich	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
c.	Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein

	ja	nein	tnz
16.2 (T36) Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Heimbewohners beachtet und bei der Tagesgestaltung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
16.3 (T37) Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege einbezogen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
16.4 (T38) Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung in der Pflegeplanung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
16.5 (T44) Werden dem Bewohner mit Demenz geeignete Angebote gemacht, z.B. zur Bewegung, Kommunikation oder zur Wahrnehmung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
16.6 (T39) Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag ermittelt und dokumentiert und werden daraus Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 17 Körperpflege

17.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut
Beschreibung

a. <input checked="" type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)
---	-----------------------------------

17.3 Mundzustand / Zähne	
Beschreibung	
a. <input checked="" type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)

Kapitel 18 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

	ja nein
18.1 Wird beim Pflegeprozess die individuelle soziale Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein
18.4 Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften (T33) durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein
18.5 Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

P4

Kapitel 11 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner

11.1 Auftragsnummer:	120202VT15401003-000006838				
Datum	02.02.2012	Uhrzeit	11:00	Nummer Erhebungsbogen	P4

11.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P4
b. Pflegekasse	TKK
c. Pflege- / Wohnbereich	Tagespflege
d. Geburtsdatum	1925
e. Einzugsdatum	23.11.2011
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Demenz, Z.n. Bypass, Herzinfarkt, KHK
g. Pflegestufe <input checked="" type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> Härtefall <input type="radio"/> nicht pflegebedürftig <input type="radio"/> noch nicht eingestuft	

h. Ist die Alltagskompetenz nach Angaben der Pflegeeinrichtung eingeschränkt?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Ist der Bewohner mit der Feststellung des Pflegezustandes einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
j. Vorhandene Unterlagen	Pflegedokumentation

Um 10.30h hat sich die gesetzliche Betreuerin telefonisch mit der Begutachtung des Tagespflegegastes einverstanden erklärt.

11.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	Jutta Faehser-Zipp
b. Mitarbeiter Einrichtung (Funktion / Qualifikation)	Barbara Grabitzki (verantwortliche PFK ambulant)
c. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	

Kapitel 12 Behandlungspflege

	ja	nein	tnz
12.2 Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen (T02) Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
12.3 Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen (T03) Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
12.4 Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht? (T04)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
12.5 Hat der Bewohner chronische Schmerzen?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Von: Gutachter beurteilt
 Einrichtung übernommen

Kapitel 13 Mobilität

13.1 Bewohner angetroffen	
a. <input type="radio"/> liegend <input checked="" type="radio"/> sitzend <input type="radio"/> stehend	
b. <input checked="" type="radio"/> Tageskleidung <input type="radio"/> Nachtwäsche	

13.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
--	--

--

13.3 Liegt ein Sturzrisiko vor?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

	ja nein
13.4 (T24) Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>

Das individuelle Sturzrisiko wird nicht erfasst und dokumentiert. In der Pflegedokumentation werden keine Aussagen dokumentiert ob Sturzrisiken bestehen.

13.7 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
Punkte: 23	nach: <input type="radio"/> Norton <input checked="" type="radio"/> Braden <input type="radio"/> sonstige
	von: <input type="radio"/> Gutachter erhoben <input checked="" type="radio"/> Einrichtung übernommen

	ja nein
13.8 (T06) Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

13.10 Liegt ein Kontrakturrisiko vor?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
Von:	<input checked="" type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

	ja nein
13.11 (T27) Wird das individuelle Kontrakturrisiko erfasst?	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>

Das individuelle Kontrakturrisiko wird nicht erfasst und dokumentiert. In der Pflegedokumentation werden keine Aussagen dokumentiert ob Kontrakturrisiken bestehen.

Kapitel 14 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

14.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung	
a. Aktuelles Gewicht	82,00 kg
b. Aktuelle Größe	170 cm
c. BMI (kg/m ²)	28,37
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input checked="" type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input type="radio"/> kann nicht ermittelt werden
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten <input type="checkbox"/> kein Speichelsee unter der Zunge

14.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

14.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

	ja nein
14.5 (T13) Werden individuelle Ernährungsressourcen und Risiken erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein
14.6 (T16) Werden individuelle Ressourcen und Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein tnz
14.7 (T14) Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Nahrungsversorgung durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein tnz
14.8 (T17) Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein
14.9 (T15) Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein
14.10 (T18) Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

Kapitel 15 Urininkontinenz

15.2 Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

Aufgrund kognitiver Einschränkungen muss der Tagespflegegast an den Toilettengang erinnert werden, den er dann selbständig durchführt. Unter diesen Voraussetzungen besteht keine Inkontinenz.

Kapitel 16 Umgang mit Demenz

16.1 Orientierung und Kommunikation
--

a. sinnvolles Gespräch möglich	<input type="radio"/> ja	<input checked="" type="radio"/> nein
b. nonverbale Kommunikation möglich	<input checked="" type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
c. Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	<input type="radio"/> ja	<input checked="" type="radio"/> nein

	ja	nein	tnz
16.2 (T36) Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Heimbewohners beachtet und bei der Tagesgestaltung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
16.3 (T37) Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege einbezogen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
16.4 (T38) Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung in der Pflegeplanung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
16.5 (T44) Werden dem Bewohner mit Demenz geeignete Angebote gemacht, z.B. zur Bewegung, Kommunikation oder zur Wahrnehmung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
16.6 (T39) Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag ermittelt und dokumentiert und werden daraus Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 17 Körperpflege

17.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut	
	Beschreibung
a. <input checked="" type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)

17.3 Mundzustand / Zähne	
	Beschreibung
a. <input checked="" type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)

Kapitel 18 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

	ja	nein
18.1 Wird beim Pflegeprozess die individuelle soziale Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
18.4 (T33) Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation		

18.5 eingesetzt worden?

Kapitel 20 Befragung der Bewohner als zusammenfassende Darstellung aller befragten Personen

20.3 (T72) Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich ?

Die Frage traf für 0 von 0 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

20.4 (T73) Nehmen sich die Pflegenden ausreichend Zeit für Sie ?

Die Frage traf für 0 von 0 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

20.5 (T65) Wird mit Ihnen der Zeitpunkt von Pflege - und Betreuungsmaßnahmen abgestimmt?

Die Frage traf für 0 von 0 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

20.6 (T66) Entscheiden Sie , ob Ihre Zimmertür offen oder geschlossen gehalten wird ?

Die Frage traf für 0 von 0 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

20.7 (T67) Werden Sie von den Mitarbeitern motiviert , sich teilweise oder ganz selber zu waschen?

Die Frage traf für 0 von 0 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

20.8 (T68) Sorgen die Mitarbeiter dafür , dass Ihnen z.B. beim Waschen außer der Pflegekraft niemand zusehen kann ?

Die Frage traf für 0 von 0 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

20.9 (T74) Fragen die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung Sie , welche Kleidung Sie anziehen möchten ?

Die Frage traf für 0 von 0 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

20.10 (T75) Schmeckt Ihnen das Essen i .d.R.?

Die Frage traf für 0 von 0 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

20.11 (T71) Können Sie beim Mittagessen zwischen verschiedenen Gerichten auswählen?

Die Frage traf für 0 von 0 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

20.12 (T76) Sind Sie mit den Essenszeiten zufrieden ?

Die Frage traf für 0 von 0 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

20.13 (T77) Bekommen Sie Ihrer Meinung nach jederzeit ausreichend zuzahlungsfrei zu trinken angeboten ?

Die Frage traf für 0 von 0 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

20.14 (T78) Entsprechen die sozialen und kulturellen Angebote Ihren Interessen ?

Die Frage traf für 0 von 0 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

20.15 (T79) Wird Ihnen die Teilnahme an Beschäftigungsangeboten ermöglicht ?

Die Frage traf für 0 von 0 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

20.16 (T80) Werden Ihnen Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien angeboten ?

Die Frage traf für 0 von 0 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

20.17 (T81) Können Sie jederzeit Besuch empfangen ?

Die Frage traf für 0 von 0 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

20.18 (T70) Entspricht die Hausreinigung Ihren Erwartungen ?

Die Frage traf für 0 von 0 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

20.19 (T82) Erhalten Sie die zum Waschen abgegebene Wäsche zeitnah , vollständig und in einwandfreiem Zustand aus der Wäscherei zurück ?

Die Frage traf für 0 von 0 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

20.20 (T69) Hat sich für Sie etwas zum Positiven geändert , wenn Sie sich beschwert haben?

Die Frage traf für 0 von 0 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

Zusatzinfos