

MDK Hessen, Alter Kirchhainer Weg 5, 35039 Marburg

Die Verbände der Pflegekassen  
in Hessen  
Walter-Kolb-Straße 9-11  
60594 Frankfurt



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 130304VT15401003-000009009

### **Tagespflege Schöne Zeit**

**Wetzlarer Str. 55**

**35638 Leun**

**Datum der Prüfung:** 04.03.2013

**Prüfer:** Claudia Heinz  
Pflegefachkraft

Kerstin Lubos  
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:	130304VT15401003-000009009
<b>1.2 Daten zur Pflegeeinrichtung</b>	
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	06473-3569
g. E-Mail	info@apl-leun.de
h. Internet-Adresse	www.apl-leun.de
i. Träger/Inhaber	Uwe Bördner Wetzlarer Str. 55 35638 Leun
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	27.07.2010
n. Datum Inbetriebnahme der Einrichtung	01.10.2010
o. Heimleitung Name	
p. Verantw. PFK Name	Uwe Bördner
q. Stellv. verantw. PFK	Gabi Just
r. Heimmitwirkung	<input checked="" 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	Uwe Bördner

E-Mailadresse des Ansprechpartners für DCS	nomail@itsg.de
---	----------------

Die Angaben beruhen auf Selbstauskünften der Einrichtung.

1.3 Daten zur Prüfung		
a. Auftraggeber	Verbände der Pflegekassen in Hessen vdek	
Zuständiger Landesverband der Pflegekassen	<input type="radio"/> AOK <input type="radio"/> IKK <input type="radio"/> LKK <input type="radio"/> BKK <input type="radio"/> KBS <input checked="" type="radio"/> vdek	
b. Datum (TT.MM.JJJJ)	c. Uhrzeit von (SS:MM)	Uhrzeit bis (SS:MM)
04.03.2013	09:15	14:30
d. Gesprächspartner der Einrichtung	Uwe Bördner (Inhaber verantwortliche Pflegefachkraft) Barbara Grabitzki (verantwortliche Pflegefachkraft apl)	
e. Prüfende(r) Gutachter	Claudia Heinz Kerstin Lubos	
f. An der Prüfung Beteiligte	Namen:	
<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?		

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	02.02.2012 TT.MM.JJJJ	
f. Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen	<input checked="" type="checkbox"/> Heimaufsicht <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> keine Angaben <input type="checkbox"/> Prüfung nach anerkanntem Prüfverfahren	TT.MM.JJJJ 01.10.2012

zu f.) Seitens der Einrichtung wurde lediglich der Monat und das Jahr genannt. Aus datentechnischen Gründen wurde der 1. Tag des Monats angegeben.

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 Immobilität - Dekubitus - Tracheostoma - Blasenkatheter - MRSA - PEG-Sonde - Diabetes mellitus - Fixierung		●	○	○	
Versorgungsvertrag der Einrichtung / Strukturhebungsbogen	01.08.2010	●	○	○	
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 erhoben

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	14	0	0
davon vorgehaltene Plätze nach Organisationsform					
	angegliedert	0	0	0	0
	eingestreut	0	0	0	0
	solitär	0	14	0	0

Die Tagespflegeeinrichtung versorgt insgesamt 38 Tagespflegegäste. Am Tag der Qualitätsprüfung waren neun Tagespflegegäste anwesend.

Folgende Angaben zur Festlegung der Stichprobe konnten der am Tag der Qualitätsprüfung vorgelegten Gästeliste entnommen werden:

9 Personen (laut tagesaktueller Gästeliste)  
 davon Pflegestufe 1: 4 Personen  
 davon Pflegestufe 2: 4 Personen  
 davon Pflegestufe 3: 1 Person

Somit ergab sich folgendes Profil für die Festlegung der Stichprobe:

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

Die gewürfelte Zufallszahl zur Stichprobenerhebung: 5.

1.7 Struktur der Wohn- und Pflegebereiche					

Tagespflege Schöne Zeit

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. einge- stuft
Tagespf- lege	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	0	0	0	0	9	0	0	4	4	1	0	0
<b>Gesamt:</b>						9	0	0	4	4	1	0	0



<b>1.8 Nach Angabe der Pflegeeinrichtung Anzahl Bewohner mit:</b>	
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	1

Acht Tagespflegegäste erhalten zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI.

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

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

<b>1.11 Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht?</b>	<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

zu d.) Metzgerei Hennche, Biskirchen.

Die Angaben im Kapitel "1" beruhen auf Selbstauskünften der Einrichtung.

## 2. Zusammenfassende Beurteilung

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Feststellungen in zusammengefasster Form wiedergegeben. Die Empfehlungen zur Beseitigung vorgefundener Qualitätsdefizite beziehungsweise 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" werden insgesamt 38 Tagespflegegäste an unterschiedlichen Tagen in der Woche betreut. Am Tag der Qualitätsprüfung waren neun Tagespflegegäste anwesend. Im Rahmen der Stichprobe wurden insgesamt fünf Gäste der Einrichtung begutachtet. Die Verteilung erfolgte anteilmäßig auf die Pflegestufen 1 bis 3 (PS 1 – zwei Tagespflegegäste; PS 2 – zwei Tagespflegegäste, PS 3 - ein Tagespflegegast). Eine Befragung des Tagespflegegastes mit der Pflegestufe 3 konnte nicht durchgeführt werden. In der Pflegestufe 2 konnte nur ein Gast befragt werden, da alle übrigen Personen mit der Pflegestufe 2 nicht auskunftsfähig waren.

Die Prüfung fand in einer offenen und freundlichen Atmosphäre statt. Einsicht in alle erforderlichen Unterlagen wurde gewährt.

Im Rahmen der Qualitätsprüfung wurden nachfolgend dargestellte Qualitätsmängel in der Prozessqualität festgestellt. Die prüfungsrelevanten Anforderungskriterien im Bereich der Strukturqualität sind vollständig umgesetzt.

Auffälligkeiten, die auf ein pflegerisches Defizit schließen lassen, wurden im Rahmen der medizinisch-pflegerischen Begutachtung nicht festgestellt.

Im Rahmen der Zufriedenheitsbefragung äußerten sich die Tagespflegegäste äußerst positiv über die Betreuung und Versorgung durch die Einrichtung.

## Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 13 Mobilität

### Umgang mit Sturzrisiken

Das individuelle Sturzrisiko wird nicht erfasst. (siehe Anlage P5)

Erforderliche Interventionen zur Vermeidung von Stürzen und die Minimierung sturzbedingter Folgen sind dokumentarisch nicht ausreichend nachvollziehbar. (siehe Anlagen P1, P4)

### Umgang mit Dekubitusrisiken

Das individuelle Dekubitusrisiko wird nicht erfasst. (siehe Anlagen P4, P5)

### Umgang mit Kontrakturrisiken

Das individuelle Kontrakturrisiko wird nicht erfasst. (siehe Anlagen P4, P5)

Erforderliche Maßnahmen zur Kontrakturprophylaxe sind in der Pflegedokumentation nicht berücksichtigt und deren Durchführung nicht nachvollziehbar erkennbar. (siehe Anlage P4)

## Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 14 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Die Körpergröße des Tagespflegegastes ist nicht erfasst. (siehe Anlagen P2, P4)

## Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 16 Umgang mit Demenz

Die individuelle Tagesgestaltung erfolgt nicht auf Grundlage biografischer Daten des Tagespflegegastes mit Demenz. (siehe Anlage P4)

### Abschlussgespräch

Das Abschlussgespräch fand am 04.03.2013 in der Einrichtung statt. Anwesend war Frau Grabitzki.

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 aller festgestellten Qualitätsdefizite, soweit diese zu diesem Zeitpunkt bekannt waren, erfolgte während des Prüfungsverlaufes sowie im Abschlussgespräch Beratung durch das Prüfteam.

### 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 pflegfachlicher Sicht hat der MDK die Einrichtung aufgefordert, die empfohlenen Sofortmaßnahmen unverzüglich umzusetzen.

#### Maßnahmen

zur Struktur- und Prozessqualität: Keine

zur Prozess- und Ergebnisqualität:

Frage	Maßnahme	Umsetzung der Maßnahmen ab sofort mit einer Frist bis:
13.4	Das individuelle Sturzrisiko muss erfasst werden.	in einem Monat
13.6	Erforderliche Maßnahmen zur Sturzprophylaxe müssen durchgeführt werden.	in zwei Wochen
13.8	Das individuelle Dekubitusrisiko muss erfasst werden.	in einem Monat
13.11	Das individuelle Kontrakturrisiko muss erfasst werden.	in einem Monat
13.12	Erforderliche Maßnahmen zur Kontrakturprophylaxe müssen durchgeführt werden.	in zwei Wochen
14.1	Eine einmalige Ermittlung der Körpergröße und des Ernährungszustandes sowie bedarfsgerechte Kontrollen des Ernährungszustandes sind nachvollziehbar durchzuführen.	sofort
16.2	Bei Bewohnern mit Demenz muss die Biografie beachtet und bei der Tagesgestaltung berücksichtigt werden.	in drei Monaten

Der MDK Hessen steht für Nachfragen unter [pvquali-marburg@mdk-hessen.de](mailto:pvquali-marburg@mdk-hessen.de) weiterhin zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Claudia Heinz  
Pflegefachkraft  
Diplom-Pflegewirtin (FH)



Kerstin Lubos  
Pflegefachkraft  
Pflegedienstleiterin  
TQM-Auditorin

## **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.

zu 2.2 a) und b) Aus datentechnischen Gründen wurde der Sachverhalt bewertet. Für teilstationäre Pflegeeinrichtungen trifft diese Frage 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.



<b>3.8 Zusammensetzung Personal</b>							
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	
<b>Pflege</b>							
Verantwortliche Pflegefachkraft	40,00	1					1,00
Stellv. verantwortliche Pflegefachkraft			25,00	1			0,63
Altenpfleger(in)			15,00	1			0,38
(Gesundheits-) und Krankenpfleger(in)			15,00	1			0,38
angelernte Kräfte			20,00	1	10,00	5	1,75

Die Angaben in der Personaltabelle sind dem Selbstauskunftsbogen 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 vollständig erfüllt.

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

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

zu 4.5 b) und c) Aus datentechnischen Gründen wurde der Sachverhalt bewertet. Für teilstationäre Pflegeeinrichtungen trifft diese Frage 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 trifft diese Frage 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 vollständig erfüllt.

## **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.

zu b. und c.) 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**

<b>11.1 Auftragsnummer:</b>			130304VT15401003-000009009		
Datum	04.03.2013	Uhrzeit	11:46	Nummer Erhebungsbogen	P1

<b>11.2 Angaben zum Bewohner</b>	
a. Name	P1
b. Pflegekasse	AOK Hessen
c. Pflege- / Wohnbereich	Tagespflege
d. Geburtsdatum	1924
e. Einzugsdatum	08.09.2010
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Multifaktorielle Störung des Ganges und der Mobilität, Z.n. Synkope mit Sturz, Harnverhalten, art. Hypertonie, Depressionen, rez. Episoden mit psychotischen Störungen und Symptomen, Dranginkontinenz
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

Eine schriftliche Einverständniserklärung liegt vor.

<b>11.3 Anwesende Personen</b>	
a. Gutachter	Claudia Heinz
b. Mitarbeiter Einrichtung (Funktion / Qualifikation)	Barbara Grabitzki (verantwortliche Pflegefachkraft des amb. Pflegedienstes Apl)
c. sonstige Personen	keine

(z.B. gesetzlicher Betreuer)

**Kapitel 12 Behandlungspflege**

	ja	nein	tnz
<b>12.1 Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt (T01) nachvollziehbar?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

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

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

Von:  Gutachter beurteilt  
 Einrichtung übernommen

**Kapitel 13 Mobilität**

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

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

Hilfsmittel: Rollator

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

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

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

Erforderliche Interventionen zur Vermeidung von Stürzen und die Minimierung sturzbedingter Folgen sind dokumentarisch nicht ausreichend nachvollziehbar.

Nachfolgendes konnte hierzu der eingesehenen Pflegedokumentation entnommen werden:

"Frau ... hat Gangunsicherheiten auf Grund psychischer Störungen".

Folgende Maßnahmen wurden geplant:

"Gymnastik, Bewegungslied, Hände, Arme, Beine, Kopf und Füße bewegen, nach Musik und auch ohne".

Die sturzprophylaktischen Maßnahmen sind nicht nachvollziehbar individuell auf der Basis der beschriebenen Fähigkeiten/Einschränkungen geplant.

<b>13.7 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?</b>		<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
<b>13.8 (T06)</b>	<b>Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?</b>	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

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

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

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

## Kapitel 14 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

<b>14.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung</b>	
a. Aktuelles Gewicht	60,00 kg
b. Aktuelle Größe	169 cm
c. BMI (kg/m <sup>2</sup> )	21,01
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

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

<b>14.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?</b>	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen
	ja nein
<b>14.5 (T13) Werden individuelle Ernährungsressourcen und Risiken erfasst?</b>	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein
<b>14.6 (T16) Werden individuelle Ressourcen und Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?</b>	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein tnz
<b>14.7 (T14) Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Nahrungsversorgung durchgeführt?</b>	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein tnz
<b>14.8 (T17) Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?</b>	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein
<b>14.9 (T15) Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?</b>	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein
<b>14.10 (T18) Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?</b>	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

### Kapitel 15 Urininkontinenz

<b>15.1 Der Bewohner ist versorgt mit:</b>	<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung
c. <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten	<input type="checkbox"/> offen <input checked="" type="checkbox"/> geschlossen
	Windelhose
<b>15.2 Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz?</b>	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen
	ja nein tnz
<b>15.3 (T22) Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die individuellen Ressourcen und Risiken erfasst?</b>	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein tnz
<b>15.4 (T23) Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?</b>	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

**Kapitel 16 Umgang mit Demenz**

<b>16.1 Orientierung und Kommunikation</b>		
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

Die Klientin ist situativ zeitweise nicht orientiert. Sie leidet unter Konzentrationsstörungen und antwortet nicht vollständig adäquat auf Fragen.

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

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

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

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

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

**Kapitel 17 Körperpflege**

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

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

**Kapitel 18 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität**

	ja	nein
<b>Wird beim Pflegeprozess die individuelle soziale Betreuung</b>		

<b>18.1</b> berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein
<b>18.4</b> Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften (T33) durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein
<b>18.5</b> Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein tnz
<b>18.6</b> 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

<b>11.1</b> Auftragsnummer:	130304VT15401003-000009009				
Datum	04.03.2013	Uhrzeit	12:05	Nummer Erhebungsbogen	P2

<b>11.2</b> Angaben zum Bewohner	
a. Name	P2
b. Pflegekasse	Signal Iduna
c. Pflege- / Wohnbereich	Tagespflege
d. Geburtsdatum	1946
e. Einzugsdatum	07.12.2012
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Z.n. Apoplex mit Hemiparese links, Diabetes mellitus (medikamentös eingestellt), Gesichtsfeldeinschränkung
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 type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
i. Ist der Bewohner mit der Feststellung des Pflegezustandes einverstanden?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

(ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	
j. Vorhandene Unterlagen	EDV-gestützte Pflegedokumentation

<b>11.3 Anwesende Personen</b>	
a. Gutachter	Kerstin Lubos
b. Mitarbeiter Einrichtung (Funktion / Qualifikation)	Schwester Gabriele (Pflegefachkraft)
c. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	

### Kapitel 12 Behandlungspflege

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

### Kapitel 13 Mobilität

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

<b>13.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt</b>		<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	Beschreibung	
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	(inklusive Paresen, Kontrakturen) Eingeschränkte Beweglichkeit bei spastischer Hemiparese links	
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	Eingeschränkte Beweglichkeit bei spastischer Hemiparese links	
c. Lageveränderung im Bett	erschwerter selbständig möglich	
d. Aufstehen	erschwerter, selbständig möglich	
e. Sitzen	freies Sitzen möglich	
f. Stehen	selbständig mit Anhalten oder Hilfsmittel (Gehstock) möglich	
g. Gehen	Selbständiges Gehen - mit Hilfsmittel (Gehstock) - kleinschrittig - geringe Schritthöhe - Das linke Bein ist beim Gehen etwas nach außen rotiert.	

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

--

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

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

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

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

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

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

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

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

## Kapitel 14 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

<b>14.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung</b>	
a. Aktuelles Gewicht	150,00 kg
b. Aktuelle Größe	175 cm
c. BMI (kg/m <sup>2</sup> )	48,98
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input checked="" 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 ist nicht erfasst. Die o.g. Angaben wurden daher im Rahmen der Qualitätsprüfung geschätzt.

Die Einrichtungsvertreter wurden dahingehend beraten (soweit dies möglich ist), die Körpergröße und das Gewicht der Bewohner regelhaft zu ermitteln. Die gewonnenen anthropometrischen Daten ermöglichen neben der Verlaufsbeobachtung eine Bewertung des Ernährungszustandes.

Der Gewichtsverlauf der letzten sechs Monate kann nicht ermittelt werden, da der Gast erst seit Dezember 2012 zur Tagespflege kommt.

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

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

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

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

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

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

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

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

### Kapitel 15 Urininkontinenz

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

	Beschreibung
c. <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenz- produkten	<input checked="" type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen Vorlagen zur Sicherheit

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

### Kapitel 16 Umgang mit Demenz

<b>16.1 Orientierung und Kommunikation</b>	
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 checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

### Kapitel 17 Körperpflege

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

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

### Kapitel 18 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

P3

**Kapitel 11 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner**

<b>11.1 Auftragsnummer:</b>			130304VT15401003-000009009		
Datum	04.03.2013	Uhrzeit	10:20	Nummer Erhebungsbogen	P3

<b>11.2 Angaben zum Bewohner</b>	
a. Name	P3
b. Pflegekasse	AOK
c. Pflege- / Wohnbereich	Tagespflege
d. Geburtsdatum	1927
e. Einzugsdatum	01.11.2011
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz, Osteoporose, Angina Pectoris
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 type="radio"/> ja <input checked="" 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

zu 11.2 i) Nach Angaben der Einrichtung, lag zum Zeitpunkt der Qualitätsprüfung bei dem Bewohner keine Betreuung vor. Der Bewohner hat eigenständig der Begutachtung zugestimmt.

<b>11.3 Anwesende Personen</b>	
a. Gutachter	Kerstin Lubos
b. Mitarbeiter Einrichtung (Funktion / Qualifikation)	Schwester Gabriele (Pflegefachkraft)
c. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	

**Kapitel 12 Behandlungspflege**

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

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

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

### Kapitel 13 Mobilität

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

<b>13.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt</b>	<input checked="" type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	Beschreibung	
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	(inklusive Paresen, Kontrakturen) keine Einschränkungen, Nackengriff bds. endständig durchführbar	
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	keine Einschränkungen	
c. Lageveränderung im Bett	selbständig möglich	
d. Aufstehen	selbständig möglich	
e. Sitzen	keine Einschränkungen, freies Sitzen möglich	
f. Stehen	freies Stehen möglich	
g. Gehen	Selbständiges Gehen - kleinschrittig - geringe Schritthöhe - teilweise etwas unsicher/schwankend - durch Wirbelsäulenverkrümmung Oberkörper leicht nach vorn gebeugt.  Gast läuft ohne Hilfsmittel in der Einrichtung	

Der Bewohner verfügt über folgende Hilfsmittel im Bereich der Mobilität:

- Gehstock (wird jedoch nicht genutzt)

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

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

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

<b>13.7 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?</b>		<input type="radio"/> ja <input checked="" 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
<b>13.8 (T06) Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?</b>		<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

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

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

## Kapitel 14 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

<b>14.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung</b>	
a. Aktuelles Gewicht	66,00 kg
b. Aktuelle Größe	148 cm
c. BMI (kg/m <sup>2</sup> )	30,13
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

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

Diabetes mellitus, Nahrungsmittelenverträglichkeit (Butter)

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

	ja    nein
<b>14.5 (T13) Werden individuelle Ernährungsressourcen und Risiken erfasst?</b>	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja    nein
<b>14.6 (T16) Werden individuelle Ressourcen und Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?</b>	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja    nein    tnz
<b>14.7 (T14) Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Nahrungsversorgung durchgeführt?</b>	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja    nein
<b>14.9 (T15) Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?</b>	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja    nein
<b>14.10 (T18) Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?</b>	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

### Kapitel 15 Urininkontinenz

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

### Kapitel 16 Umgang mit Demenz

<b>16.1 Orientierung und Kommunikation</b>	
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 checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

### Kapitel 17 Körperpflege

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

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

### Kapitel 18 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

## P4

### Kapitel 11 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner

<b>11.1 Auftragsnummer:</b>			130304VT15401003-000009009		
Datum	04.03.2013	Uhrzeit	11:00	Nummer Erhebungsbogen	P4

<b>11.2 Angaben zum Bewohner</b>	
a. Name	P4
b. Pflegekasse	Barmer GEK
c. Pflege- / Wohnbereich	Tagespflege
d. Geburtsdatum	1945
e. Einzugsdatum	29.11.2012
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Frontotemp. Demenz, Z.n. Nieren-Ca. und Nierentfernung 2006
g. Pflegestufe <input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input checked="" 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

<b>11.3 Anwesende Personen</b>	
a. Gutachter	Kerstin Lubos
b. Mitarbeiter Einrichtung (Funktion / Qualifikation)	Schwester Gabriele (Pflegefachkraft)
c. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	

### Kapitel 12 Behandlungspflege

	ja    nein    tnz
<b>12.3 Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen (T03) Anordnungen?</b>	●    ○    ○

	ja    nein    tnz
<b>12.4 (T04) Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?</b>	●    ○    ○

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

### Kapitel 13 Mobilität

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

<b>13.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt</b>		● ja    ○ nein
	Beschreibung	
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	(inklusive Paresen, Kontrakturen) leichte allgemeine Bewegungseinschränkung der oberen Extremitäten. Koordinationsstörungen. Verlangsamte Bewegungsabläufe	
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	leichte allgemeine Bewegungseinschränkung der unteren Extremitäten. Beine werden beim Gehen nicht endgradig gestreckt.	
c. Lageveränderung im Bett	selbständig möglich	
d. Aufstehen	teilweise selbständig möglich, teilweise ist pers. Unterstützung erforderlich	
e. Sitzen	freies Sitzen möglich	
f. Stehen	teilweise selbständig möglich, teilweise ist pers. Unterstützung erforderlich	
g. Gehen	Teilweise selbständiges Gehen möglich - kleinschrittig - geringe Schritthöhe, am Anfang fast tippelnd - teilweise etwas unsicher/schwankend.	



Teilweise ist pers. Unterstützung erforderlich

keine Hilfsmittel im Bereich der Mobilität

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

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

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

Bei vorliegendem Sturzrisiko werden erforderliche Maßnahmen zur Sturzprophylaxe nur unzureichend nachvollziehbar.

Bei dem Tagespflegegast liegt ein Sturzrisiko vor. Der Gast läuft je nach Tagesform durch seinen Bewegungsdrang selbständig in der Einrichtung umher, teilweise ist pers. Unterstützung beim Gehen erforderlich. Insbesondere beim zielgerichteten Gehen wird der Gast geführt.

Erforderliche Maßnahmen zur Sturzprophylaxe, auf Basis von Fähigkeiten / Einschränkungen, sind nur unzureichend geplant und somit auch in der Durchführung auch nur unzureichend nachvollziehbar.

In der Pflege- und Betreuungsplanung finden sich unter der AEDL "sich bewegen" nur folgende unzureichende Angaben:

Probleme: "- Herr E.H. leidet unter Koordinationsstörungen; - Herr E.H. hat eine Demenzerkrankung"

Ressourcen: "- Herr E.H. ist interessiert; - Herr E.H. bewegt sich gerne"

Ziele: "-Herr E.H. ist selbstsicher und motiviert; - Herr E.H. nimmt aktiv an der Gymnastik teil"

Maßnahmen: "Gymnastik, Bewegungslied, Hände, Arme, Beine, Kopf und Füße bewegen nach Musik oder auch ohne, Ballspiel, Kräftigungsübungen des gesamten Körpers"

<b>13.7 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?</b>	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
Punkte: 21	nach: <input type="radio"/> Norton <input checked="" type="radio"/> Braden <input type="radio"/> sonstige
	von: <input checked="" type="radio"/> Gutachter erhoben <input type="radio"/> Einrichtung übernommen

3, 4, 4, 4, 3, 3

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

Das individuelle Dekubitusrisiko wird nicht erfasst.

Sofern offensichtlich kein Dekubitusrisiko vorliegt, ist dies von der Pflegeeinrichtung zu dokumentieren. Am Tag der Qualitätsprüfung konnte die Pflegeeinrichtung keine Nachweise

vorlegen, dass das Vorliegen eines entsprechenden Risikos geprüft und unter Berücksichtigung der aktuellen Situation verneint wurde.

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

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

Das individuelle Kontrakturrisiko wird nicht erfasst.

Der Tagespflegegast leidet unter Bewegungseinschränkungen und einem Kontrakturrisiko (siehe 13.2).

Das Risiko wurde von der Einrichtung nicht nachvollziehbar erhoben.

Eine Erhebung des Kontrakturrisikos mit Benennung und Beschreibung der gefährdeten Gelenke (große und kleine) hinsichtlich ihrer Beweglichkeit und Bewegungsabläufe ist nicht nachvollziehbar.

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

Erforderliche Maßnahmen zur Kontrakturprophylaxe sind in der Pflegedokumentation nicht berücksichtigt und deren Durchführung nicht nachvollziehbar erkennbar.

Der Tagespflegegast ist kontrakturgefährdet. Am Tag der Qualitätsprüfung legte die Pflegeeinrichtung keine Nachweise vor, dass eine unter Berücksichtigung der individuellen Bewegungseinschränkungen / -fähigkeiten angemessene Maßnahme der Kontrakturprophylaxe erfolgt.

In der Pflege- und Betreuungsplanung finden sich unter der AEDL "sich bewegen" nur folgende unzureichende Angaben:

Probleme: "- Herr E.H. leidet unter Koordinationsstörungen; - Herr E.H. hat eine Demenzerkrankung"

Ressourcen: "- Herr E.H. ist interessiert; - Herr E.H. bewegt sich gerne"

Ziele: "-Herr E.H. ist selbstsicher und motiviert; - Herr E.H. nimmt aktiv an der Gymnastik teil"

Maßnahmen: "Gymnastik, Bewegungslied, Hände, Arme, Beine, Kopf und Füße bewegen nach Musik oder auch ohne, Ballspiel, Kräftigungsübungen des gesamten Körpers"

## Kapitel 14 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

<b>14.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung</b>	
a. Aktuelles Gewicht	66,00 kg
b. Aktuelle Größe	172 cm
c. BMI (kg/m <sup>2</sup> )	22,31
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 ist nicht erfasst. Die o.g. Angaben wurden daher im Rahmen der Qualitätsprüfung geschätzt.

Die Einrichtungsvertreter wurden dahingehend beraten (soweit dies möglich ist), die Körpergröße und das Gewicht der Bewohner regelhaft zu ermitteln. Die gewonnenen anthropometrischen Daten ermöglichen neben der Verlaufsbeobachtung eine Bewertung des Ernährungszustandes.

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

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

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

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

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

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

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

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

## Kapitel 15 Urininkontinenz

<b>15.1 Der Bewohner ist versorgt mit:</b>	<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung
b. <input checked="" type="checkbox"/> Transurethralem Katheter	Zustand Katheter: unauffällig Urin: unauffällig Katheterbeutel: hängt unter Blasenniveau.
c. <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten	<input checked="" type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen Pants

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

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

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

## Kapitel 16 Umgang mit Demenz

<b>16.1 Orientierung und Kommunikation</b>		
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

Die Alltagskompetenz ist nach Angaben der Pflegekraft im Sinne des § 45 a SGB XI eingeschränkt.

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

Die individuelle Tagesgestaltung erfolgt nicht auf Grundlage biografischer Daten des Tagespflegegastes mit Demenz.

Es liegt keine aussagekräftige Biographie vor.

Biografische Aspekte, Lebensgewohnheiten und Verhaltensweisen, die im Verlauf der stationären Pflege- und Betreuung festgestellt wurden, sind dokumentarisch nur unzureichend nachvollziehbar.

Gewohnheiten, Bedürfnisse oder Rituale sind nicht nachvollziehbar eruiert, vorhandene Potenziale dokumentarisch nicht angemessen erfasst.

Eine Berücksichtigung in der Tagesgestaltung ist somit nicht nachvollziehbar.

	ja	nein	tnz
--	----	------	-----

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

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

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

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

### Kapitel 17 Körperpflege

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

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

### Kapitel 18 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

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

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

	ja	nein	tnz
<b>18.6 Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## P5

## Kapitel 11 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner

<b>11.1 Auftragsnummer:</b>			130304VT15401003-000009009		
Datum	04.03.2013	Uhrzeit	11:40	Nummer Erhebungsbogen	P5

<b>11.2 Angaben zum Bewohner</b>	
a. Name	P5
b. Pflegekasse	Knappschaft
c. Pflege- / Wohnbereich	Tagespflege
d. Geburtsdatum	1952
e. Einzugsdatum	25.01.2013
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Alzheimer (seit 8 Jahren bekannt), früher Alkoholproblem
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

<b>11.3 Anwesende Personen</b>	
a. Gutachter	Kerstin Lubos
b. Mitarbeiter Einrichtung (Funktion / Qualifikation)	Schwester Gabriele (Pflegefachkraft)
c. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	

## Kapitel 12 Behandlungspflege

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

Von:  Gutachter beurteilt  
 Einrichtung übernommen

### Kapitel 13 Mobilität

#### 13.1 Bewohner angetroffen

- a.  liegend  sitzend  stehend  
 b.  Tageskleidung  Nachtwäsche

#### 13.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt

ja  nein

keine Hilfsmittel im Bereich der Mobilität

#### 13.3 Liegt ein Sturzrisiko vor?

ja  nein

Von:  Gutachter beurteilt  
 Einrichtung übernommen

#### 13.4 (T24) Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?

ja nein

Das individuelle Sturzrisiko wird nicht erfasst

Sofern offensichtlich kein Sturzrisiko vorliegt, ist dies von der Pflegeeinrichtung zu dokumentieren. Am Tag der Qualitätsprüfung konnte die Pflegeeinrichtung keine Nachweise vorlegen, dass das Vorliegen eines entsprechenden Risikos geprüft und unter Berücksichtigung der aktuellen Situation verneint wurde.

#### 13.7 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?

ja  nein

Punkte: 23

nach:  
 Norton  
 Braden  
 sonstige

von:  
 Gutachter erhoben  
 Einrichtung übernommen

#### 13.8 (T06) Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?

ja nein

Das individuelle Dekubitusrisiko wird nicht erfasst.

Sofern offensichtlich kein Dekubitusrisiko vorliegt, ist dies von der Pflegeeinrichtung zu dokumentieren. Am Tag der Qualitätsprüfung konnte die Pflegeeinrichtung keine Nachweise vorlegen, dass das Vorliegen eines entsprechenden Risikos geprüft und unter Berücksichtigung der aktuellen Situation verneint wurde.

#### 13.10 Liegt ein Kontrakturrisiko vor?

ja  nein

Von:

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

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

Das individuelle Kontrakturrisiko wird nicht erfasst.

Der Tagespflegegast leidet derzeit unter keinem Kontrakturrisiko. Am Tag der Qualitätsprüfung konnte die Pflegeeinrichtung keine Nachweise vorlegen, dass das Vorliegen eines entsprechenden Risikos geprüft und unter Berücksichtigung der aktuellen Situation verneint wurde.

### Kapitel 14 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

<b>14.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung</b>	
a. Aktuelles Gewicht	79,00 kg
b. Aktuelle Größe	181 cm
c. BMI (kg/m <sup>2</sup> )	24,11
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input checked="" 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

Der Gewichtsverlauf der letzten sechs Monate kann nicht ermittelt werden, da der Gast erst seit Januar 2013 zur Tagespflege kommt.

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

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

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

	ja    nein
<b>14.6 Werden individuelle Ressourcen und Risiken bei der</b>	



(T16) Flüssigkeitsversorgung erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
---------------------------------------	--

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

	ja nein
14.10 Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der (T18) 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

### 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

Die Alltagskompetenz ist nach Angaben der Pflegekraft im Sinne des § 45 a SGB XI eingeschränkt.

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

	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

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

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

### Kapitel 18 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

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

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

## **Kapitel 20 Befragung der Bewohner als zusammenfassende Darstellung aller befragten Personen**

### **20.3 (T72) Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich ?**

Die Frage traf für 2 von 2 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer 2 Bewohner

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

Die Frage traf für 2 von 2 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer 2 Bewohner

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

Die Frage traf für 2 von 2 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer 2 Bewohner

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

Die Frage traf für 2 von 2 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

keine Angaben 2 Bewohner

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

Die Frage traf für 0 von 2 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 2 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 2 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

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

Die Frage traf für 2 von 2 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer 2 Bewohner

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

Die Frage traf für 2 von 2 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

ja 1 Bewohner

keine Angaben 1 Bewohner

### **20.12 (T76) Sind Sie mit den Essenszeiten zufrieden ?**

Die Frage traf für 2 von 2 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer 2 Bewohner

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

Die Frage traf für 2 von 2 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer 2 Bewohner

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

Die Frage traf für 2 von 2 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer 2 Bewohner

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

Die Frage traf für 2 von 2 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer 2 Bewohner

**20.16 (T80) Werden Ihnen Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien angeboten ?**

Die Frage traf für 2 von 2 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer 1 Bewohner  
keine Angaben 1 Bewohner

**20.17 (T81) Können Sie jederzeit Besuch empfangen ?**

Die Frage traf für 0 von 2 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

**20.18 (T70) Entspricht die Hausreinigung Ihren Erwartungen ?**

Die Frage traf für 2 von 2 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer 2 Bewohner

**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 2 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 2 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

## **Zusatzinfos**