

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 141015VT15401003-000025615

Tagespflege Schöne Zeit

**Wetzlarer Str. 55
35638 Leun**

Datum der Prüfung: 15.10.2014

Prüfer: Petra Henkel
Pflegefachkraft

Prüfmaßstab

Prüfmaßstab waren die §§ 114 ff SGB XI, die "Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

nach § 113 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) in der teilstationären Pflege (Tagespflege) vom 10. Dezember 2012", die Grundsätze und Maßstäbe zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 80 SGB XI für die teilstationäre Pflege in der Fassung vom 31. Mai 1996 für den Bereich der Nachtpflegesowie die "Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI (Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR) vom 17. Januar 2014".

Diese Unterlagen dienten gleichzeitig als Leitfaden zur Gesprächsführung.

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung in Hessen legt Wert auf einen verständlichen und flüssigen Sprachstil. Im vorliegenden Prüfbericht wurde daher an verschiedenen Stellen auf die Ausformulierung in der weiblichen Sprachform verzichtet.

Prüfungsanlass

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

1. Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

1.1 Auftragsnummer:	141015VT15401003-000025615
1.2 Daten zur Einrichtung	
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	tagespflege@apl-leun.de
h. Internet-Adresse	www.apl-leun.de
i. Träger/Inhaber	Herr Uwe Bördner
j. Trägerart <input checked="" type="radio"/> privat <input type="radio"/> öffentlich <input type="radio"/> freigemeinnützig <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	15.07.2010
n. Datum Inbetriebnahme der stationären 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. ggf. vorhandene Zweigstellen/Filialen	keine Angaben
s. Zertifizierung	<input type="radio"/> liegt vor <input checked="" type="radio"/> liegt nicht vor
t. Name des Ansprechpartners für die DCS	Herr Uwe Bördner
u. E-Mailadresse des Ansprechpartners für die DCS	nomail@itsg.de

v. Rufnummer des Ansprechpartners für die DCS	06473-3279
w. Faxnummer des Ansprechpartners für die DCS	06473-3569

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. Prüfung durch	MDK
c. Datum (TT.MM.JJJJ)	15.10.2014
	von TT.MM.JJ
d. Uhrzeit	09:00
1. Tag	von
	bis
2. Tag	von
	bis
3. Tag	von
	bis
e. Gesprächspartner der stationären Pflegeeinrichtung	Frau Barbara Grabitzki (verantwortliche Pflegefachkraft Ambulante Pflege apl Teilhaberin)
f. Prüfende(r) Gutachter	Petra Henkel
g. An der Prüfung Beteiligte	Namen:
<input checked="" type="checkbox"/> Keine	
<input type="checkbox"/> Pflegekasse	
<input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger	
<input type="checkbox"/> Nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde	
<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt	
<input type="checkbox"/> Trägerverband	
<input type="checkbox"/> Sonstige: welche?	
h. Ansprechpartner des MDK / PKV-Prüfdiensts für die DCS	Name Jens Koog E-Mailadresse pvquali-ousued@mdk-hessen.de

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 nach § 114 Abs. 1 SGB XI	04.03.2013 TT.MM.JJJJ	
f. Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen	<input type="checkbox"/> Nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Sonstige <input checked="" type="checkbox"/> keine Angaben <input type="checkbox"/> Prüfung nach anerkanntem Prüfverfahren	TT.MM.JJJJ

M/Info					
1.5 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	0
eingestreut	0	0	0	0	0
solitär	0	14	0	0	0

M/Info									
1.6 Struktur der Wohn- und Pflegebereiche									
Wohn- / Pflegebereich	Bereich auf 1 Ebene	Anzahl Bewohner	davon PEA	davon nach SGB XI eingestuft in Pflegestufe					
				keine	I	II	III	davon Härtefälle	n.n. eingestuft
Tagespflege	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	14	12	0	5	7	2	0	0
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	0	0	0	0	0	0	0	0
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	0	0	0	0	0	0	0	0
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	0	0	0	0	0	0	0	0
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	0	0	0	0	0	0	0	0
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	0	0	0	0	0	0	0	0
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	0	0	0	0	0	0	0	0
	Gesamt:	14	12	0	5	7	2	0	0

1.7 Nach Angabe der stationären Pflegeeinrichtung Anzahl Bewohner mit:	
a. Wachkoma	0

b. Beatmungspflicht	0
c. Dekubitus	0
d. Blasenkatheter	2
e. PEG-Sonde	0
f. Fixierung	0
g. Kontraktur	1
h. vollständiger Immobilität	0
i. Tracheostoma	0
j. MRSA	0

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

	ja	nein	tnz
1.9 Wenn schwerpunktmäßig besondere Personengruppen versorgt werden: Werden die diesbezüglichen Anforderungen erfüllt?			<input checked="" type="checkbox"/> t.n.z.

1.10 Werden Zusatzleistungen gemäß § 88 SGB XI von der stationären 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	

Zu d) Speisen- und Getränkeversorgung wurde durch die Einrichtung "Hennche und appetito" eingetragen.

Die im Kapitel 1 erfassten Daten wurden 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.

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

Zurzeit werden regelmäßig ca. 40 Tagespflegegäste pro Woche von der Einrichtung versorgt. Zum Zeitpunkt der Prüfung waren 14 Tagesgäste anwesend.

Im Rahmen der Zufallsstichprobe wurden in der Pflegestufe 1 und 2 jeweils drei Bewohner nach dem Zufallsprinzip ausgewählt. Da in der Einrichtung in der Pflegestufe 3 nur 2 Gäste am Tag der Qualitätsprüfung anwesend waren, und nur ein Betreuer erreicht werden konnte, wurden nur sieben Gäste der Einrichtung besucht. Die Auswahl basiert auf der zu Beginn der Prüfung durch die Einrichtung ausgehändigten Bewohnerliste. Zur Stichprobenermittlung wurde die Zahl "2" gewürfelt.

Im Rahmen der jetzigen Qualitätsprüfung wurden nur wenige Defizite im Bereich der Struktur- und Prozessqualität festgestellt. Auffälligkeiten, die auf ein pflegerisches Defizit (Ergebnisqualität) schließen lassen, wurden im Rahmen der medizinisch-pflegerischen Begutachtung nicht festgestellt.

Während der Qualitätsprüfung war ein emphatischer und individueller Umgang mit den Gästen spürbar.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 5 Qualitätsmanagement

Die Pflegeeinrichtung setzt den Expertenstandard "Chronische Wunden" nicht nachvollziehbar um.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 8 Soziale Betreuung

Es erfolgt keine regelhafte Überprüfung und ggf. eine Anpassung der Angebote zur Eingewöhnung durch die Pflegeeinrichtung.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 10 Behandlungspflege

Die Medikamentenversorgung entspricht nicht den ärztlichen Anordnungen (siehe Anlage P6).

Der Umgang mit Medikamenten ist nicht sachgerecht (siehe Anlage P1 und P6).

Abschlussgespräch

Das Abschlussgespräch fand am 15.10.2014 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
28.10.2014

gedankt. Es 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:

Frage	Maßnahme	Umsetzung der Maßnahmen ab sofort mit einer Frist bis:
5.2	Die Expertenstandards des DNQP müssen umgesetzt sein: Hierbei ist vor dem Hintergrund der Feststellungen am Prüftag folgender Expertenstandards zu berücksichtigen: - Chronische Wunden.	4 Monate
8.9	Die Eingewöhnung der Bewohner in die Pflegeeinrichtung ist systematisch zu begleiten: - die Eingewöhnungsphase soll überprüft werden und ggf. soll eine Anpassung der Angebote zur Eingewöhnung vorgenommen werden.	3 Monate

zur Prozess- und Ergebnisqualität:

Frage	Maßnahme	Umsetzung der Maßnahmen ab sofort mit einer Frist bis:
10.3	Die Medikamentenversorgung muss den ärztlichen Anordnungen entsprechen.	sofort
10.5	Der Umgang mit Medikamenten muss sachgerecht sein.	sofort

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

Mit freundlichen Grüßen



Petra Henkel
Pflegefachkraft
Pflegedienstleitung

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 Qualitätsmanagement
Kapitel 6 Hygiene
Kapitel 7 Verpflegung
Kapitel 8 Soziale Betreuung

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

Kapitel 9 Allgemeine Angaben
Kapitel 10 Behandlungspflege
Kapitel 11 Mobilität
Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung
Kapitel 13 Harninkontinenz
Kapitel 14 Umgang mit Demenz
Kapitel 15 Körperpflege
Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität
Kapitel 18 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.

Aus datentechnischen Gründen wurde der Sachverhalt 2.2 a mit "ja" bewertet. Für die teilstationäre Pflegeeinrichtung trifft diese Frage jedoch nicht zu.

2.3 Bezüglich der strukturellen Anforderungen an die Versorgung von Bewohnern mit eingeschränkter Alltagskompetenz trifft für die stationäre Pflegeeinrichtung Folgendes zu:

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

Der Sachverhalt bei Frage 2.3 b wurde aus datentechnischen Gründen bewertet. Für teilstationäre Pflegeeinrichtungen trifft diese Frage jedoch nicht zu.

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.

Die soziale Betreuung der Gäste erfolgt durch die Mitarbeiter der Pflege.

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 stationären Pflegeeinrichtung?

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.

Info							
3.8 Zusammensetzung Personal							
a. Basis für Vollzeit Stunden / Woche				40,00			
	Vollzeit Stunden / Woche		Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		
Geeignete Kräfte:	Anz. MA	Stellen- umfang	Anz. MA	Stellen- umfang	Anz. MA	Stellen- umfang	Gesamtstellen in Vollzeit
Verantwortliche Pflegefachkraft	1	40,00					1,00
Stellv. verantwortliche Pflegefachkraft			1	20,00			0,50
Altenpfleger/in			1	20,00			0,75
(Gesundheits- und)			1	10,00			0,50
			1	20,00			0,50

Tagespflege Schöne Zeit

Krankenpfleger/in (Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in							0,00
Heilerziehungspfleger/in							0,00
Krankenpflegehelfer/in							0,00
Altenpflegehelfer/in							0,00
angelernete Kräfte					6	10,00	1,50
Auszubildende							0,00
Bundesfreiwilligendienst- leistende							0,00
Freiwilliges soz. Jahr							0,00
Sonstige							0,00
soziale Betreuung							
Sozialpädagogen							0,00
Sozialarbeiter/insoziale Betreuung							0,00
Ergotherapeuten / Beschäftigungs- therapeuten							0,00
§7b-Kräfte							0,00
Sonstige							0,00
hauswirtschaftliche Versorgung							
hauswirtschaftliche Fachkräfte (2-3 jährige Ausbildung)							0,00
Hilfskräfte und angelernete Kräfte			1	20,00			0,50

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 ungelerten Mitarbeitern ohne pflegerische Ausbildung durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

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

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

Kapitel 5 Qualitätsmanagement

5.1 Liegt die Zuständigkeit für das Qualitätsmanagement auf der Leitungsebene und werden die Aufgaben von dieser wahrgenommen?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

5.2 Setzt die stationäre Pflegeeinrichtung die folgenden zwei per Zufallsauswahl ausgewählten Expertenstandards um?

Nicht erfüllt sind die Kriterien:

	ja	nein	n gepr
a. Dekubitusprophylaxe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
b. Pflegerisches Schmerzmanagement - Akutschmerz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
c. Pflegerisches Schmerzmanagement - chronischer Schmerz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
d. Sturzprophylaxe	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Kontinenzförderung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
f. Chronische Wunden	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Ernährungsmanagement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Die Pflegeeinrichtung setzt den Expertenstandard "Chronische Wunden" nicht nachvollziehbar um.

Aus Dokumenten des internen Qualitätsmanagements ist nicht zweifelsfrei erkennbar, dass die Implementierung des Expertenstandards "Chronische Wunden" entsprechend den Empfehlungen des DNQP erfolgt ist. Die Umsetzung des Expertenstandards kann im Bereich der Tagespflege nicht nachvollzogen werden, es fehlt die Umsetzung in handlungsleitende Standards.

5.4 Liegt in der stationären Pflegeeinrichtung eine aktuelle Liste der in der Pflege eingesetzten Mitarbeiter mit Qualifikationen und ausgewiesenen Handzeichen vor?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

5.6 (T32) Werden die Mitarbeiter in der Pflege und Betreuung regelmäßig in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

5.7 (T50) Erfolgt eine nachweisliche Bearbeitung von Beschwerden?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

Kapitel 6 Hygiene

6.1 (T53) Ist der Gesamteindruck der stationären Pflegeeinrichtung im Hinblick auf Sauberkeit, Ordnung und Geruch gut?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

6.2 Gibt es in der Pflegeeinrichtung ein angemessenes Hygienemanagement?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

6.4 Liegen geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen vor?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

Die Einrichtung nimmt keine Tagespflegegäste mit MRSA auf.

Kapitel 7 Verpflegung

7.1 (T57) Wird der Speiseplan in gut lesbarer Form eines Wochenplans bekannt gegeben?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

7.2 Wird in der stationären Pflegeeinrichtung ein abwechslungsreiches, vielseitiges und bedarfsgerechtes Speiseangebot vorgehalten?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

7.3 (T54) Kann der Zeitpunkt des Essens im Rahmen bestimmter Zeitkorridore frei gewählt werden?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

7.4 Wird speziellen Erfordernissen der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr der Bewohner Rechnung getragen?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

7.5 (T59) Werden die Mahlzeiten in für die Bewohner angenehmen Räumlichkeiten und ruhiger Atmosphäre angeboten?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

Kapitel 8 Soziale Betreuung

8.1 Werden Leistungen der sozialen Betreuung angeboten?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

Aus datentechnischen Gründen wurde der Sachverhalt 8.1 b mit ja bewertet. Für die teilstationäre Pflegeeinrichtung trifft diese Frage jedoch nicht zu, da der Aufenthalt in einer Tagespflege eine Gruppenfähigkeit voraussetzt.

8.3 (T46) Sind die Angebote der sozialen Betreuung auf die Bewohnergruppen und deren Bedürfnisse ausgerichtet?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

8.6 In welchem Stellenumfang sind in der stationären Pflegeeinrichtung Mitarbeiter für die soziale Betreuung beschäftigt (ohne Mitarbeiter nach § 87b SGB XI)?

Stellenumfang: 0

Die "soziale Betreuung" wird durch die Mitarbeiter der Pflege mit übernommen.

8.7 Hat die stationäre Pflegeeinrichtung auf der Grundlage des § 87b SGB XI Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf vereinbart? Nein

8.9 Wird die Eingewöhnung der Bewohner in die stationäre Pflegeeinrichtung systematisch begleitet?

Die Anforderung wurde mit 1 von 2 Kriterien erfüllt.

Nicht erfüllt sind die Kriterien:

- b. (T48) Erfolgt eine regelhafte Überprüfung und ggf. Anpassung der Angebote zur Eingewöhnung durch die stationäre Pflegeeinrichtung?

Es erfolgt keine regelhafte Überprüfung und ggf. eine Anpassung der Angebote zur Eingewöhnung durch die Pflegeeinrichtung.

8.10 (T49) Gibt es konzeptionelle Aussagen zur Sterbebegleitung?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

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

P1**Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner**

9.1 Auftragsnummer:			141015VT15401003-000025615		
Datum	15.10.2014	Uhrzeit	10:30	Nummer Erhebungsbogen	P1

9.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P1
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	frontotemporale Demenz, Z.n. Nieren-Ca. 2006, Nierentfer, Oberschenkelhalsbruch re
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 stationären Pflegeeinrichtung eingeschränkt?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
j. Vorhandene Unterlagen	EDV-gestützte Dokumentation

9.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	Petra Henkel
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	verantwortliche Pflegefachkraft Amb. Pflege
c. Name des Mitarbeiters	M1
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	

Kapitel 10 Behandlungspflege

	ja	nein	tnz
10.1 Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt (T22) nachvollziehbar?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
10.4 Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen (T25) Anordnung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
10.5 (T26) Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Der Umgang mit Medikamenten ist nicht sachgerecht.

Der Versicherte soll laut ärztlicher Anordnung vom 15.09.2014 als Bedarfsmedikation Novalgin® Tropfen erhalten. Das Medikament mit einer begrenzten Gebrauchsdauer von 12 Monaten wurde nach dem Öffnen nicht mit dem Anbruchs- und Verfallsdatum gekennzeichnet.

	ja	nein
10.6 Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja:		
<input type="radio"/> akute Schmerzen		
<input checked="" type="radio"/> chronische Schmerzen		
Von:		
<input type="radio"/> Gutachter beurteilt		
<input checked="" type="radio"/> Einrichtung übernommen		

	ja	nein	tnz
10.7 (T13) Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
10.8 Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei (T14) Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
10.9 Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich (T15) verordneten Medikamente?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 11 Mobilität

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

11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	Beschreibung
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	(inklusive Paresen, Kontrakturen) altersentsprechend
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	Bewegungseinschränkung der rechten Hüfte
c. Lageveränderung im Bett	selbständig

d. Aufstehen	mit Hilfe
e. Sitzen / Lageveränderung im Sitzen	frei möglich
f. Stehen	je nach Tagesform frei möglich
g. Gehen	läuft kleinschrittig in Begleitung

11.3 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
11.4 (T18) Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
11.5 (T19) Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

	ja	nein
11.7 (T1) Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
a. Gewicht	Datum	01.10.2014	02.07.2014	02.04.2014
	kg	67,00	66,00	65,00
b. Aktuelle Größe	166 cm			
c. BMI (kg/m ²)	24,31			
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			

12.3 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

12.4 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
12.5 (T7) Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein
12.6 (T10) Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein tnz
12.7 (T8) Werden bei Einschränkungen der selbständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein tnz
12.8 (T11) Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein
12.9 (T9) Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein
12.10 (T12) Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

Kapitel 13 Urininkontinenz

13.1 Der Bewohner ist versorgt mit:	<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung
a. <input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter	(Zustand Katheter, Eintrittsstelle, Verband)
b. <input checked="" type="checkbox"/> Transurethralem Katheter	Zustand Katheter: unauffällig, Kathetergröße: Charriere: 16 Urin: unauffällig Katheterbeutel: hängt unter Blasenniveau.
c. <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten	<input type="checkbox"/> offen <input checked="" type="checkbox"/> geschlossen Pants
d. <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln	
e. <input type="checkbox"/> Sonstigem	

13.2 Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt
	<input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

	ja	nein	tnz
13.3 (T16) Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die individuellen Risiken und Ressourcen erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
13.4 (T17) Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 14 Umgang mit Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

14.1 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

Der Bewohner kommuniziert nur noch mit Mimik und Gestik. Eine Überprüfung der Orientierung konnte nicht erfolgen.

	ja	nein	tnz
14.2 (T33) Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biografie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
14.3 (T34) Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und sozialen Betreuung einbezogen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
14.4 (T35) Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und sozialen Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
14.5 (T40) Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/Beschäftigungsangebote gemacht?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
14.6 (T36) Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 15 Körperpflege

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

15.3 Mundzustand / Zähne

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

Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

	ja nein
16.1 Wird beim Pflegeprozess die individuelle soziale Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein
16.4 Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften (T31) durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein
16.5 Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein tnz
16.6 Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

P2

Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner

9.1 Auftragsnummer:	141015VT15401003-000025615				
Datum	15.10.2014	Uhrzeit	11:00	Nummer Erhebungsbogen	P2

9.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P2
b. Pflegekasse	AOK Hessen
c. Pflege- / Wohnbereich	Tagespflege
d. Geburtsdatum	1934
e. Einzugsdatum	05.02.2014
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Z.n. Apoplex und Mamma-Ca, insulinpfl. Diabetes mellitus, Morbus Parkinson, Bypass- OP, Schulterfraktur, Makuladegeneration
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 stationären Pflegeeinrichtung eingeschränkt?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
j. Vorhandene Unterlagen	EDV-gestützte Dokumentation

9.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	Petra Henkel
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	verantwortliche Pflegefachkraft Amb. Pflege Pflegefachkraft
c. Name des Mitarbeiters	M1 M2
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	

Kapitel 10 Behandlungspflege

	ja nein tnz
10.2 Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen (T23) Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein tnz
10.3 Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen (T24) Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein tnz
10.5 (T26) Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein
10.6 Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen?	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>

Kapitel 11 Mobilität

11.1 Bewohner angetroffen	
a. <input type="radio"/> liegend <input type="radio"/> sitzend <input checked="" type="radio"/> stehend	
b. <input checked="" type="radio"/> Tageskleidung <input type="radio"/> Nachwäsche	
11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
	Beschreibung
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	(inklusive Paresen, Kontrakturen) altersentsprechend
b. Bewegungsfähigkeit untere	altersentsprechend

Extremitäten	
c. Lageveränderung im Bett	eigenständig, Linkslage nicht möglich, wegen Z.n. Schulterfraktur
d. Aufstehen	mit Haltemöglichkeit
e. Sitzen / Lageveränderung im Sitzen	frei möglich
f. Stehen	frei möglich
g. Gehen	je nach Tagesform ohne Hilfsmittel bzw. mit Rollator

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

11.3 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
11.4 (T18) Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
11.5 (T19) Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

	ja	nein
11.7 (T1) Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
a. Gewicht	Datum	01.10.2014	30.07.2014	02.04.2014
	kg	80,00	77,00	74,00
b. Aktuelle Größe	168 cm			
c. BMI (kg/m ²)	28,34			
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			

stehende Hautfalten
 Die Körpergröße wurde zusammen mit den Einrichtungsvertretern geschätzt.

12.3 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

12.4 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
12.5 (T7) Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
12.6 (T10) Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
12.7 (T8) Werden bei Einschränkungen der selbständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
12.8 (T11) Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
12.9 (T9) Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
12.10 (T12) Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 13 Urininkontinenz

13.2 Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

	ja	nein	tnz
13.3 (T16) Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die individuellen Risiken und Ressourcen erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

13.4 (T17) Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?	● ○ ○
---	-------

Kapitel 14 Umgang mit Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

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

Kapitel 15 Körperpflege

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

15.3 Mundzustand / Zähne	
Beschreibung	
g. <input checked="" type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt	noch 2 eigene Zähne und Teilprothese

Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

	ja	nein
16.1 Wird beim Pflegeprozess die individuelle soziale Betreuung berücksichtigt?	●	○

	ja	nein
16.4 (T31) Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt?	●	○

	ja	nein
16.5 Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	●	○

P3

Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner

9.1 Auftragsnummer:			141015VT15401003-000025615		
Datum	15.10.2014	Uhrzeit	11:30	Nummer Erhebungsbogen	P3

9.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P3
b. Pflegekasse	DAK
c. Pflege- / Wohnbereich	Tagespflege
d. Geburtsdatum	1930
e. Einzugsdatum	01.12.2013
f. Aktuelle pflegerrelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Hypertonie, Z.n. Herzinfarkt, absolute Arrhythmie bei Vorhofflimmern, Stenose der carotis links, Gangstörung, Schwindel, Apoplex 2007, Inkontinenz
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 stationären Pflegeeinrichtung eingeschränkt?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
j. Vorhandene Unterlagen	EDV-gestützte Dokumentation

9.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	Petra Henkel
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	verantwortliche Pflegefachkraft Amb. Pflege Pflegefachkraft
c. Name des Mitarbeiters	M1 M2
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	

Kapitel 10 Behandlungspflege

	ja	nein	tnz
10.3 Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen (T24) Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
10.4 Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen (T25) Anordnung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
10.5 Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(T26)

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

Kapitel 11 Mobilität

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

11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	Beschreibung
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	(inklusive Paresen, Kontrakturen) altersentsprechend
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	altersentsprechend
c. Lageveränderung im Bett	selbständig
d. Aufstehen	mit Haltemöglichkeit
e. Sitzen / Lageveränderung im Sitzen	frei möglich
f. Stehen	frei möglich
g. Gehen	mit Rollator oder in Begleitung

Der Bewohner verfügt über folgende Hilfsmittel im Bereich der Mobilität:

- Rollator

11.3 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
11.4 (T18) Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
11.5 (T19) Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

	ja	nein
11.7 (T1) Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
a. Gewicht		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
	Datum	01.10.2014	30.07.2014	04.03.2014
	kg	85,50	85,00	81,00
b. Aktuelle Größe	171 cm			
c. BMI (kg/m ²)	29,24			
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			

12.3 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	

12.4 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
12.5 (T7) Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
12.6 (T10) Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
12.9 (T9) Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
12.10 (T12) Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 13 Urininkontinenz

13.2 Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

	ja	nein	tnz
13.3 (T16) Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die individuellen Risiken und Ressourcen erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
13.4 (T17) Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 14 Umgang mit Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

14.1 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 checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

	ja	nein	tnz
14.2 (T33) Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biografie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
14.3 (T34) Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und sozialen Betreuung einbezogen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
14.4 (T35) Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und sozialen Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
14.5 (T40) Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/Beschäftigungsangebote gemacht?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
14.6 (T36) Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 15 Körperpflege

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

15.3 Mundzustand / Zähne
Beschreibung
g. <input checked="" type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt oben Teilprothese, unten noch alle eigene Zähne

Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

	ja nein
16.4 Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften (T31) durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

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

P4

Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner

9.1 Auftragsnummer:	141015VT15401003-000025615				
Datum	15.10.2014	Uhrzeit	13:30	Nummer Erhebungsbogen	P4

9.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P4
b. Pflegekasse	DAK
c. Pflege- / Wohnbereich	Tagespflege
d. Geburtsdatum	1929
e. Einzugsdatum	06.02.2012
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Demenz, Diabetes insulinpflichtig, Z.n. bösartigem Tumor an der Lippe
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 stationären Pflegeeinrichtung eingeschränkt?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	
j. Vorhandene Unterlagen	EDV-gestützte Dokumentation

9.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	Petra Henkel
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	verantwortliche Pflegefachkraft Amb. Pflege Pflegefachkraft
c. Name des Mitarbeiters	M1 M2
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	

Kapitel 10 Behandlungspflege

	ja	nein	tnz
10.3 Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen (T24) Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
10.4 Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen (T25) Anordnung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
10.5 (T26) Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

Kapitel 11 Mobilität

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

11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt		<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	Beschreibung	
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	(inklusive Paresen, Kontrakturen) linke Hand Mittelfinger Beugekontraktur, rechte Hand Mittelfinger und Ringfinger leichte Beugekontraktur	
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	altersentsprechend	
c. Lageveränderung im Bett	selbständig	

d. Aufstehen	je nach Tagesform Hilfebedarf
e. Sitzen / Lageveränderung im Sitzen	frei möglich
f. Stehen	frei möglich
g. Gehen	frei möglich

11.3 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

Tagesgast hat nur ein geringes Sturzrisiko.

	ja nein
11.4 (T18) Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

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

	ja nein
11.7 (T1) Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
a. Gewicht	Datum	01.10.2014	01.07.2014	17.04.2014
	kg	110,00	107,00	109,00
b. Aktuelle Größe	174 cm			
c. BMI (kg/m ²)	36,33			
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			

12.3 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

12.4 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
12.5 (T7) Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein
12.6 (T10) Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein tnz
12.7 (T8) Werden bei Einschränkungen der selbständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein
12.9 (T9) Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein
12.10 (T12) Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

Kapitel 13 Urininkontinenz

13.1 Der Bewohner ist versorgt mit:	<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung
a. <input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter	(Zustand Katheter, Eintrittsstelle, Verband)
b. <input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter	
c. <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten	<input checked="" type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen
	Einlage
d. <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln	
e. <input type="checkbox"/> Sonstigem	
13.2 Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Von: <input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen	
	ja nein tnz
13.3 (T16) Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkathe- ter die individuellen Risiken und Ressourcen erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

		ja	nein	tnz
13.4 (T17)	Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 14 Umgang mit Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

14.1 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

Der Tagesgast ist nicht in allen Qualitäten orientiert.

		ja	nein	tnz
14.2 (T33)	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biografie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		ja	nein	tnz
14.3 (T34)	Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und sozialen Betreuung einbezogen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		ja	nein	tnz
14.4 (T35)	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und sozialen Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		ja	nein	tnz
14.5 (T40)	Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/Beschäftigungsangebote gemacht?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		ja	nein	tnz
14.6 (T36)	Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 15 Körperpflege

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

15.3 Mundzustand / Zähne	
Beschreibung	
g.	<input checked="" type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt teils noch eigene Zähne, teils prothetisch versorgt.

Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

		ja	nein

16.1	Wird beim Pflegeprozess die individuelle soziale Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
		ja	nein
16.4	Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften (T31) durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
		ja	nein
16.5	Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

P5

Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner

9.1	Auftragsnummer:	141015VT15401003-000025615			
	Datum	15.10.2014	Uhrzeit	14:00	Nummer Erhebungsbogen
					P5

9.2		Angaben zum Bewohner	
a.	Name	P5	
b.	Pflegekasse	Postbeamtenkrankenkasse B	
c.	Pflege- / Wohnbereich	Tagespflege	
d.	Geburtsdatum	1924	
e.	Einzugsdatum	12.09.2012	
f.	Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Demenz mit Wahnvorstellung	
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 stationären Pflegeeinrichtung eingeschränkt?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
i.	Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
j.	Vorhandene Unterlagen	EDV-gestützte Dokumentation	

9.3	Anwesende Personen

a. Gutachter	Petra Henkel
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	verantwortliche Pflegefachkraft Amb. Pflege Pflegefachkraft
c. Name des Mitarbeiters	M1 M2
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	

Kapitel 10 Behandlungspflege

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

Kapitel 11 Mobilität

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

11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	Beschreibung
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	(inklusive Paresen, Kontrakturen) beide Zeigefinger leichte Beugekontraktur
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	altersentsprechend
c. Lageveränderung im Bett	selbständig
d. Aufstehen	selbständig
e. Sitzen / Lageveränderung im Sitzen	frei möglich
f. Stehen	frei möglich
g. Gehen	frei möglich

11.3 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
11.4 (T18) Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
Punkte:	nach:
	<input type="checkbox"/> Gutachter erhoben <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

<input type="radio"/> Norton <input type="radio"/> Braden <input checked="" type="radio"/> sonstige	
---	--

	ja	nein
11.7 (T1) Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
a. Gewicht	Datum	01.10.2014	02.07.2014	02.04.2014
	kg	71,00	73,00	72,00
b. Aktuelle Größe	151 cm			
c. BMI (kg/m ²)	31,14			
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			

12.3 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	

12.4 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
12.5 (T7) Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
12.6 (T10) Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
12.9 (T9) Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
12.10 (T12) Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 13 Urininkontinenz

13.2 Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?	<input type="radio"/> ja	<input checked="" type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt	<input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

Kapitel 14 Umgang mit Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

14.1 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

Die Versicherte ist nicht in allen Qualitäten voll orientiert.

	ja	nein	tnz
14.2 (T33) Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biografie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
14.3 (T34) Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und sozialen Betreuung einbezogen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
14.4 (T35) Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und sozialen Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
14.5 (T40) Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/Beschäftigungsangebote gemacht?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
14.6 (T36) Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 15 Körperpflege

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

15.3 Mundzustand / Zähne
Beschreibung
g. <input checked="" type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt Vollprothese

Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

	ja nein
16.4 Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften (T31) durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

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

P6

Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner

9.1 Auftragsnummer:	141015VT15401003-000025615				
Datum	15.10.2014	Uhrzeit	14:30	Nummer Erhebungsbogen	P6

9.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P6
b. Pflegekasse	DAK
c. Pflege- / Wohnbereich	Tagespflege
d. Geburtsdatum	1929
e. Einzugsdatum	24.09.2012
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Herzrhythmusstörungen, Schilddrüsenunterfunktion
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 stationären Pflegeeinrichtung eingeschränkt?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	
j. Vorhandene Unterlagen	EDV-gestützte Dokumentation

9.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	Petra Henkel
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	verantwortliche Pflegefachkraft Amb. Pflege Pflegefachkraft
c. Name des Mitarbeiters	M1 M2
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	

Kapitel 10 Behandlungspflege

	ja	nein	tnz
10.3 Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen (T24) Anordnungen?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Die Medikamentenversorgung entspricht nicht der ärztlichen Anordnung.

Der Tagesgast soll laut dem vorliegenden Medikamentenplan Capto comp ® 25/25mg 3x1 Tablette erhalten. Die Tablette morgens und abends nimmt der Versicherte zu Hause ein. Für die Tablette mittags kann nicht nachgewiesen werden, dass der Versicherte die Medikation von zu Hause mitbringt und erhält.

	ja	nein	tnz
10.5 (T26) Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Der Umgang mit Medikamenten ist nicht sachgerecht.

Der Tagesgast soll laut dem vorliegenden Medikamentenplan Capto comp ® 25/25mg 3x1 Tablette erhalten. Die Tablette morgens und abends nimmt der Versicherte zu Hause ein. Für die Tablette mittags kann nicht nachgewiesen werden, dass der Versicherte die Medikation von zu Hause mitbringt und erhält.

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

Kapitel 11 Mobilität

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

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

eingeschränkt	
	Beschreibung
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	(inklusive Paresen, Kontrakturen) rechte Hand Zeige- und Mittelfinger leichte Beugstellung des 1. Gliedes
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	Bewegungseinschränkungen linkes Fußgelenk
c. Lageveränderung im Bett	selbständig
d. Aufstehen	selbständig
e. Sitzen / Lageveränderung im Sitzen	frei möglich
f. Stehen	frei möglich
g. Gehen	mit Gehstock

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

11.3 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

Der Versicherte hat nur eine geringe Sturzgefahr.

	ja nein
11.4 (T18) Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

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

	ja nein
11.7 (T1) Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
a. Gewicht	Datum	01.10.2014	02.07.2014	02.04.2014
	kg	75,00	76,00	75,00
b. Aktuelle Größe	158 cm			
c. BMI (kg/m ²)	30,04			
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
---------------------------	---

12.3 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

12.4 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
12.5 (T7) Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
12.6 (T10) Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
12.7 (T8) Werden bei Einschränkungen der selbständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
12.8 (T11) Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
12.9 (T9) Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
12.10 (T12) Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 13 Urininkontinenz

13.1 Der Bewohner ist versorgt mit:	<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung
a. <input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter	(Zustand Katheter, Eintrittsstelle, Verband)
b. <input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter	
c. <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten	<input checked="" type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen Einlagen zur Sicherheit

d. <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln	
e. <input type="checkbox"/> Sonstigem	

13.2 Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

Kapitel 14 Umgang mit Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

14.1 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

Eine Orientierung ist nicht in allen Qualitäten vorhanden.

	ja	nein	tnz
14.2 (T33) Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biografie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
14.3 (T34) Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und sozialen Betreuung einbezogen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
14.4 (T35) Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und sozialen Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
14.5 (T40) Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/Beschäftigungsangebote gemacht?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
14.6 (T36) Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 15 Körperpflege

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

15.3 Mundzustand / Zähne	
	Beschreibung
g. <input checked="" type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt	Teilprothese oben, unten eigene Zähne

Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

	ja	nein
16.1 Wird beim Pflegeprozess die individuelle soziale Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	ja	nein
16.4 Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften (T31) durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	ja	nein
16.5 Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

P7

Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner

9.1 Auftragsnummer:	141015VT15401003-000025615				
Datum	15.10.2014	Uhrzeit	15:00	Nummer Erhebungsbogen	P7

9.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P7
b. Pflegekasse	DAK
c. Pflege- / Wohnbereich	Tagespflege
d. Geburtsdatum	1943
e. Einzugsdatum	10.03.2011
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Schizo-affektive Psychose, beginnende demenzielle Entwicklung, erhebliche Gangstörung im Sinne eines Parkinsonoides unter Depressiva, Diabetes mellitus, Hypertonie
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 stationären Pflegeeinrichtung eingeschränkt?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

j. Vorhandene Unterlagen	EDV-gestützte Dokumentation
--------------------------	-----------------------------

9.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	Petra Henkel
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	verantwortliche Pflegefachkraft Amb. Pflege Pflegefachkraft
c. Name des Mitarbeiters	M1 M2
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	

Kapitel 10 Behandlungspflege

	ja	nein	tnz
10.3 Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen (T24) Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
10.4 Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen (T25) Anordnung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
10.5 (T26) Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
10.6 Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja:	<input checked="" type="radio"/> akute Schmerzen <input type="radio"/> chronische Schmerzen	
Von:	<input type="radio"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="radio"/> Einrichtung übernommen	

	ja	nein	tnz
10.7 (T13) Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
10.9 Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich (T15) verordneten Medikamente?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 11 Mobilität

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

11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt		● ja ○ nein
	Beschreibung	
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	(inklusive Paresen, Kontrakturen) rechter kleiner Finger Beugekontraktur, rechter Ellenbogen bewegungseingeschränkt	
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	altersentsprechend	
c. Lageveränderung im Bett	selbständig	
d. Aufstehen	selbständig	
e. Sitzen / Lageveränderung im Sitzen	frei möglich	
f. Stehen	frei möglich	
g. Gehen	frei möglich	

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

Der Versicherte hat ein geringes Sturzrisiko.

	ja nein
11.4 (T18) Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?	● ○

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?		○ ja ● nein
Punkte:	nach:	<input type="checkbox"/> Gutachter erhoben <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen
	<input type="radio"/> Norton <input type="radio"/> Braden <input checked="" type="radio"/> sonstige	

	ja nein
11.7 (T1) Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?	● ○

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
a. Gewicht	Datum	01.10.2014	02.07.2014	02.04.2014
	kg	64,00	64,50	65,00
b. Aktuelle Größe	153 cm			
c. BMI (kg/m ²)	27,34			
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

12.3 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

12.4 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
12.5 (T7) Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
12.6 (T10) Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
12.7 (T8) Werden bei Einschränkungen der selbständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
12.8 (T11) Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
12.9 (T9) Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
12.10 (T12) Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 13 Urininkontinenz

13.1 Der Bewohner ist versorgt mit:	<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung
a. <input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter	(Zustand Katheter, Eintrittsstelle, Verband)

b.	<input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter	
c.	<input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten	<input type="checkbox"/> offen <input checked="" type="checkbox"/> geschlossen Pants
d.	<input type="checkbox"/> Hilfsmitteln	
e.	<input type="checkbox"/> Sonstigem	

13.2 Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

	ja	nein	tnz
13.3 (T16) Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkathe- ter die individuellen Risiken und Ressourcen erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
13.4 (T17) Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkathe- ter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 14 Umgang mit Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

14.1 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

Der Versicherte ist nicht in allen Qualitäten orientiert.

	ja	nein	tnz
14.2 (T33) Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biografie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
14.3 (T34) Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und sozialen Betreuung einbezogen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
14.4 (T35) Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und sozialen Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
14.5 (T40) Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/Beschäftigungsangebote gemacht?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
14.6 (T36) Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 15 Körperpflege

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

15.3 Mundzustand / Zähne	
Beschreibung	
g. <input checked="" type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt	Teilprothese unten, oben Vollprothese

Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

		ja	nein
16.4	Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften (T31) durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

Kapitel 18 Befragung der Bewohner als zusammenfassende Darstellung aller befragten Personen

18.3 (T67) Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?

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

18.4 (T68) Nehmen sich die Mitarbeiter ausreichend Zeit für Sie?

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

18.5 (T60) Wird mit Ihnen der Zeitpunkt von Pflege- und Betreuungsmaßnahmen abgestimmt?

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

18.6 (T61) Entscheiden Sie, ob Ihre Zimmertür offen oder geschlossen gehalten wird?

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

18.7 (T62) 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.

18.8 (T63) Sorgen die Mitarbeiter dafür, dass Ihnen beim Waschen außer der Pflegekraft niemand zusehen kann?

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

18.9 (T69) Fragen die Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?

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

18.10 (T70) Schmeckt Ihnen das Essen?

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

18.11 (T66) Können Sie beim Mittagessen zwischen verschiedenen Gerichten auswählen?

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

18.12 (T71) Sind Sie mit den Essenszeiten zufrieden?

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

18.13 (T72) Bekommen Sie jederzeit ausreichend zuzahlungsfrei zu trinken angeboten?

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

18.14 (T73) Entsprechen die sozialen und kulturellen Angebote Ihren Interessen?

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

18.15 (T74) Wird Ihnen die Teilnahme an für Sie interessanten Beschäftigungsangeboten ermöglicht?

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

18.16 (T75) Wird Ihnen die erforderliche Unterstützung gegeben, um sich im Freien aufhalten zu können?

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

18.17 (T76) Können Sie jederzeit Besuch empfangen, wann Sie wollen?

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

18.18 (T65) Entspricht die Hausreinigung Ihren Erwartungen?

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

18.19 (T77) 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.

18.20 (T64) 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

Kapitel 10: Behandlungspflege

Prüffrage			Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu. x / y	Kriterium nicht erfüllt bei	
Katalog-Index	Wertigkeit	Wortlaut		Anzahl der Bewohner	Nummern der Bewohner
10.02	M/B/T23	Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?	1/7	0	
10.03	M/B/T24	Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen?	5/7	1	P6
10.04	M/B/T25	Entspricht die Bedarfsmedikation den ärztlichen Anordnungen?	4/7	0	
10.05	M/B/T26	Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?	6/7	2	P1, P6
10.07	M/B/T13	Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?	2/7	0	
10.08	M/B/T14	Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?	1/7	0	
10.09	M/B/T15	Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente?	2/7	0	
10.10	M/B/T27	Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?	0/7	0	
10.14	M/B/T03	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus nachvollziehbar?	0/7	0	
10.15	M/B/T05	Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?	0/7	0	
10.16	M/B/T04	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus?	0/7	0	
10.17	M/B/T06	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z.B. Wunddokumentation) ausgewertet, ggf. der Arzt informiert und die Maßnahmen angepasst?	0/7	0	
10.01	M/B/T22	Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?	1/7	0	
10.11	M/B	Ist der Umgang mit Tracheostoma/Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht?	0/7	0	

Kapitel 11: Mobilität

Prüffrage			Frage traf für x von y	Kriterium nicht erfüllt bei	
Katalog-Index	Wertigkeit	Wortlaut		Anzahl	Nummern der

Index	keit		in die Prüfung einbezogene Personen zu. x / y	der Bewohner	Bewohner
11.04	M/B/T18	Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?	7/7	0	
11.05	M/B/T19	Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?	3/7	0	
11.07	M/B/T01	Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?	7/7	0	
11.08	M/B/T02	Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?	0/7	0	

Kapitel 12: Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

		Prüffrage	Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu. x / y	Kriterium nicht erfüllt bei	
Katalog-Index	Wertigkeit	Wortlaut		Anzahl der Bewohner	Nummern der Bewohner
12.05	M/B/T07	Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?	7/7	0	
12.06	M/B/T10	Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?	7/7	0	
12.07	M/B/T08	Werden bei Einschränkungen der selbständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt?	5/7	0	
12.08	M/B/T11	Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?	4/7	0	
12.09	M/B/T09	Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	7/7	0	
12.10	M/B/T12	Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	7/7	0	
12.11	M/B/T28	Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt?	0/7	0	

Kapitel 13: Harninkontinenz

		Prüffrage	Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu.	Kriterium nicht erfüllt bei	
Katalog-Index	Wertigkeit	Wortlaut		Anzahl der Bewohner	Nummern der Bewohner

			x / y		
13.03	M/B/T16	Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die individuellen Risiken und Ressourcen erfasst?	5/7	0	
13.04	M/B/T17	Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?	5/7	0	

Kapitel 14: Umgang mit Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

Prüfrage			Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu. x / y	Kriterium nicht erfüllt bei	
Katalog- Index	Wertig- keit	Wortlaut		Anzahl der Bewohn er	Nummern der Bewohner
14.02	M/B/T33	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Heimbewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	6/7	0	
14.03	M/B/T34	Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und sozialen Betreuung einbezogen?	6/7	0	
14.04	M/B/T35	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und sozialen Betreuung berücksichtigt?	6/7	0	
14.05	M/B/T40	Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/Beschäftigungsangebote gemacht?	6/7	0	
14.06	M/B/T36	Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	6/7	0	

Kapitel 15: Körperpflege

Prüfrage			Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu. x / y	Kriterium nicht erfüllt bei	
Katalog- Index	Wertig- keit	Wortlaut		Anzahl der Bewohn er	Nummern der Bewohner
15.02	M/B/T29	Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	0/7	0	
15.04	M/B/T30	Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	0/7	0	

Kapitel 16: Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

Prüffrage			Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu. x / y	Kriterium nicht erfüllt bei	
Katalog-Index	Wertigkeit	Wortlaut		Anzahl der Bewohner	Nummern der Bewohner
16.02	M/B/T21	Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?	0/7	0	
16.03	M/B/T20	Wird die Notwendigkeit der freiheitseinschränkenden Maßnahmen regelmäßig überprüft?	0/7	0	
16.04	M/B/T31	Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt?	7/7	0	
16.01	M/B	Wird beim Pflegeprozess die individuelle soziale Betreuung berücksichtigt?	7/7	0	
16.05	M/B	Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	7/7	0	
16.06	M/B	Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden?	1/7	0	