

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 150401VT15401003-000034651

Tagespflege Schöne Zeit

**Wetzlarer Str. 55
35638 Leun**

Datum der Prüfung: 01.04.2015

Prüfer: Doris Kurth
Pflegefachkraft
Auditor

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:	150401VT15401003-000034651
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 3596
g. E-Mail	info@apl-leun.de
h. Internet-Adresse	www.apl-leun.de
i. Träger/Inhaber	Herr Uwe Bördner Wetzlarer Str. 55 35638 Leun
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	01.08.2010
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	
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 3596

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)	01.04.2015
	von TT.MM.JJ
	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	Uwe Bördner (Inhaber und verantwortliche Pflegefachkraft) Barbara Grabitzki (verantwortliche Pflegefachkraft des ambulanten Pflegedienstes "apl")
f. Prüfende(r) Gutachter	Doris Kurth
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.
b.

<input checked="" type="radio"/> Regelprüfung <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	15.10.2014 TT.MM.JJJJ
f. Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen	
<input checked="" type="checkbox"/> Nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde	05.01.2015
<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt	
<input type="checkbox"/> Sonstige	
<input type="checkbox"/> keine Angaben	
<input type="checkbox"/> Prüfung nach anerkanntem Prüfverfahren	

zu f.: Aus edv-technischen Gründen wurde der 05.01.2015 angegeben. Nach Angaben der Einrichtungsvertreter war die HBPA "Anfang Januar" in der Einrichtung.

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	13	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

Insgesamt besuchen 36 Tagespflegegäste an unterschiedlichen Werktagen die Einrichtung.

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	13	11	1	6	4	2	0	0
	<input type="radio"/> nein								
	<input type="radio"/> ja								
	<input type="radio"/> nein								
	<input type="radio"/> ja	0	0	0	0	0	0	0	0
	<input type="radio"/> nein	0	0	0	0	0	0	0	0
	<input type="radio"/> ja	0	0	0	0	0	0	0	0
	<input type="radio"/> nein	0	0	0	0	0	0	0	0

<input type="radio"/> ja									
<input type="radio"/> nein									
<input type="radio"/> ja	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<input type="radio"/> nein									
<input type="radio"/> ja	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<input type="radio"/> nein									
Gesamt:	13	11	1	6	4	2	0	0	

Die o.a. Zahlen beziehen sich auf die am Tag der Qualitätsprüfung anwesenden Tagespflegegäste.

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

Die o.a. Zahlen beziehen sich auf die am Tag der Qualitätsprüfung anwesenden Tagespflegegäste.

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.: Metzgerei "Hennche"/Firma "appetito"

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 Empfehlung 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 kooperativen, offenen und freundlichen Atmosphäre statt. Einsicht in alle erforderlichen Unterlagen wurde gewährt.

Die Tagespflege „Schöne Zeit“ besuchen insgesamt 36 Tagespflegegästen an unterschiedlichen Werktagen. Die Auswahl der Stichprobe basiert auf der zu Beginn der Prüfung durch die Einrichtung ausgehändigten Gästeliste. Am Tag der Qualitätsprüfung waren 13 Tagespflegegäste anwesend. Zur Stichprobenermittlung wurde die Zahl „6“ gewürfelt. Von den sechs Tagesgästen der PS 1 konnten vier Einwilligungsberechtigte nicht erreicht werden. In der PS 3 waren zwei Gäste anwesend, hier konnte nur ein Einwilligungsberechtigter erreicht werden. So wurden insgesamt sechs Tagespflegegäste begutachtet (PS 1 = 2 Gäste; PS 2 = 3 Gäste, PS 3 = 1 Gast).

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

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

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

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

Abschlussgespräch

Das Abschlussgespräch fand am 01.04.2015 in der Einrichtung statt.

Von Seiten des MDK-Teams wurde zunächst für die Kooperation der Einrichtungsvertreter gedankt. Unter Würdigung der positiven Eindrücke des Besuches wurden die wesentlichen Ergebnisse der Prüfung unter den Gesichtspunkten der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zusammenfassend dargestellt. Die Mitteilung erfolgte vorbehaltlich der noch nicht abgeschlossenen detaillierten Prüfung einzelner Personenbögen. Zur Beseitigung aller 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 pflegefachlicher Sicht hat der MDK die Einrichtung aufgefordert, die empfohlene Sofortmaßnahme unverzüglich umzusetzen.

Maßnahmen

zur Struktur- und Prozessqualität:

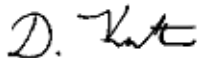
Frage	Maßnahme	Umsetzung der Maßnahmen ab sofort mit einer Frist bis:
8.9	Die Eingewöhnung der Bewohner in die Pflegeeinrichtung ist systematisch zu begleiten: - die Eingewöhnungsphase soll überprüft werden und ggf. soll eine Anpassung der Angebote zur Eingewöhnung vorgenommen werden.	in 3 Monaten

zur Prozess- und Ergebnisqualität:

Frage	Maßnahme	Umsetzung der Maßnahmen ab sofort mit einer Frist bis:
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



Doris Kurth
Pflegefachkraft
Auditor

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.

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

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

Folgendes zu:

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

Kapitel 3 Aufbauorganisation Personal

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

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

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

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

3.3 Die verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

3.4 Wie groß ist der Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft in dieser 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			2	15,00			0,75
(Gesundheits- und) Krankenpfleger/in			1	15,00			0,38
(Gesundheits- und)							0,00

Tagespflege Schöne Zeit

Kinderkrankenpfleger/in							
Heilerziehungspfleger/in							0,00
Krankenpflegehelfer/in							0,00
Altenpflegehelfer/in							0,00
angelernete Kräfte			2	20,00	5	12,50	2,56
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
87b-Kräfte							0,00
Sonstige							0,00
hauswirtschaftliche Versorgung							
hauswirtschaftliche Fachkräfte (2-3 jährige Ausbildung)							0,00
Hilfskräfte und angelernete Kräfte					1	12,50	0,31

Bei den "geringfügig Beschäftigten" wurde im Selbstauskunftsbogen jeweils "10 - 15 Stunden" angegeben. Aus edv-technischen Gründen wurden als Mittelwert 12,5 Stunden eingetragen.

Die Angaben wurden dem Selbstauskunftsbogen entnommen.

Kapitel 4 Ablauforganisation

4.1 Ist die Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

4.3 Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung grundpflegerischer Tätigkeiten von ungelernten 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?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

	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 type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
e. Kontinenzförderung	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Chronische Wunden	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Ernährungsmanagement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

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.

Aus datentechnischen Gründen wurde der Sachverhalt bewertet. Für diese teilstationäre Pflegeeinrichtung trifft die Frage jedoch nicht zu, da ein positiver MRSA-Befund ein Ausschlusskriterium für die Teilnahme an dieser Tagespflege ist.

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.

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 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 bewertet. Für teilstationäre Pflegeeinrichtungen trifft diese Frage jedoch nicht zu.

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

9.1 Auftragsnummer:			150401VT15401003-000034651		
Datum	01.04.2015	Uhrzeit	09:55	Nummer Erhebungsbogen	P1

9.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P1
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, Diabetes, 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-Dokumentation

9.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	Doris Kurth
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	verantwortliche Pflegefachkraft des ambulanten Pflegedienstes "apl"
c. Name des Mitarbeiters	M1
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 Anordnung? (T25)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
10.5 Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht? (T26)	<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) Einschränkungen der Beweglichkeit im rechten Schultergelenk (Z.n. Fraktur rechter Arm)	
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	Frei beweglich.	
c. Lageveränderung im Bett	Selbständig.	
d. Aufstehen	Selbständig.	
e. Sitzen / Lageveränderung im Sitzen	Selbständig.	
f. Stehen	Selbständig	
g. Gehen	Selbständig ohne Hilfsmittel.	

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 Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst? (T18)	<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="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				
		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
a. Gewicht	Datum	02.03.2015	01.12.2014	01.10.2014
	kg	66,00	66,00	64,00
b. Aktuelle Größe	153 cm			
c. BMI (kg/m ²)	28,19			
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 Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

(T9) Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	
	ja nein
12.10 Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der (T12) Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	● ○

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

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

	ja nein tnz
13.3 Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit (T16) Blasenkatheter die individuellen Risiken und Ressourcen erfasst?	● ○ ○

	ja nein tnz
13.4 Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter (T17) 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

	ja nein tnz
14.2 Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biografie des Bewohners (T33) beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	● ○ ○

	ja nein tnz
14.3 Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und sozialen Betreuung einbezogen? (T34)	● ○ ○

	ja nein tnz
14.4 Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der (T35) Pflege und sozialen Betreuung berücksichtigt?	● ○ ○

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

	ja	nein	tnz
14.6 Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im (T36) 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"/>

P2

Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner

9.1 Auftragsnummer:		150401VT15401003-000034651			
Datum	01.04.2015	Uhrzeit	10:30	Nummer Erhebungsbogen	P2

9.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P2
b. Pflegekasse	Knappschaft
c. Pflege- / Wohnbereich	Tagespflege
d. Geburtsdatum	1952
e. Einzugsdatum	25.01.2013
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Alzheimer seit ca. 2005 bekannt, frühere Alkoholprobleme seit ca. 2009 trocken
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-Dokumentation

9.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	Doris Kurth
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	verantwortliche Pflegefachkraft des ambulanten Pflegedienstes "apl"
c. Name des Mitarbeiters	M1
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) Fehlendes Endglied der rechten Hand D IV. Sonst alle Gelenke frei beweglich.	
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	Frei beweglich.	
c. Lageveränderung im Bett		
d. Aufstehen		
e. Sitzen / Lageveränderung im Sitzen		
f. Stehen		
g. Gehen	Selbständig ohne Hilfsmittel.	

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	02.03.2015	01.12.2014	01.10.2014
	kg	80,00	81,00	80,00
b. Aktuelle Größe	181 cm			
c. BMI (kg/m ²)	24,42			
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

kognitive Einschränkungen

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 type="checkbox"/> offen <input checked="" type="checkbox"/> geschlossen Pants

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

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

	ja	nein	tnz
13.4 Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter (T17) 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	

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

	ja	nein	tnz
14.3 Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und (T34) 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 Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der (T35) Pflege und sozialen Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

	ja	nein	tnz
14.6 Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im (T36) 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.	(Beschreibung nicht erforderlich)

<input checked="" type="checkbox"/> normal
--

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"/>

P3

Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner

9.1 Auftragsnummer:		150401VT15401003-000034651			
Datum	01.04.2015	Uhrzeit	10:55	Nummer Erhebungsbogen	P3

9.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P3
b. Pflegekasse	privat
c. Pflege- / Wohnbereich	Tagespflege
d. Geburtsdatum	1948
	01.08.2014

e. Einzugsdatum	
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Z.n. Apoplex, Durchblutungsstörungen, Demenz, Z.n. Schilddrüsen-OP
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-Dokumentation

9.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	Doris Kurth
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	verantwortliche Pflegefachkraft des ambulanten Pflegedienstes "apl"
c. Name des Mitarbeiters	M1
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 type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
--	--

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 Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

(T18)

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				
		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
a. Gewicht	Datum	02.03.2015	01.12.2014	06.10.2014
	kg	52,00	54,00	52,00
b. Aktuelle Größe	170 cm			
c. BMI (kg/m ²)	17,99			
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 Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung		

(T10) erfasst?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
----------------	--

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

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

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

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

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

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

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

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

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	Kronen

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"/>

P4

Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner

9.1 Auftragsnummer:		150401VT15401003-000034651			
Datum	01.04.2015	Uhrzeit	11:15	Nummer Erhebungsbogen	P4

9.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P4
b. Pflegekasse	DAK
c. Pflege- / Wohnbereich	Tagespflege
d. Geburtsdatum	1944

e. Einzugsdatum	05.08.2014
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Parkinson (PSP), Hyperthyreose, Diabetes mellitus, Gangstörung
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-Dokumentation

9.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	Doris Kurth
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	verantwortliche Pflegefachkraft des ambulanten Pflegedienstes "apl"
c. Name des Mitarbeiters	M1
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
10.5 (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"/>
	ja nein tnz
10.10 (T27) Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?	<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	
<input checked="" type="radio"/> Tageskleidung <input type="radio"/> Nachtwäsche	

b.

11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt		<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	Beschreibung	
a.	Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	(inklusive Paresen, Kontrakturen) Frei beweglich.
b.	Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	Frei beweglich.
c.	Lageveränderung im Bett	Selbständig.
d.	Aufstehen	Selbständig mit Festhalten.
e.	Sitzen / Lageveränderung im Sitzen	Selbständig.
f.	Stehen	Selbständig mit Festhalten.
g.	Gehen	Selbständig mit Hilfsmittel, unsicher, zeitweise in Begleitung wegen Sturzgefahr.

Der Tagespflegegast verfügt über folgendes 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="checkbox"/> Gutachter erhoben
	<input type="radio"/> Norton	<input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen
	<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	vor ca. 6

a. Gewicht			Mon.	Mon.
	Datum	04.03.2015	03.12.2014	22.10.2014
	kg	79,00	83,00	81,00
b. Aktuelle Größe	158 cm			
c. BMI (kg/m ²)	31,65			
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

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

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

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

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

	ja	nein	tnz
14.6 Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im (T36) 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"/>

P5

Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner

9.1 Auftragsnummer:		150401VT15401003-000034651			
Datum	01.04.2015	Uhrzeit	12:00	Nummer Erhebungsbogen	P5

9.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P5
b. Pflegekasse	DAK
c. Pflege- / Wohnbereich	Tagespflege
d. Geburtsdatum	1929
e. Einzugsdatum	06.02.2012
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Marcumar-Patient, Demenz, insulinpflichtiger Diabetes mellitus
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-Dokumentation

--

9.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	Doris Kurth
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	verantwortliche Pflegefachkraft des ambulanten Pflegedienstes "apl"
c. Name des Mitarbeiters	M1
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"/>

	ja	nein	tnz
10.10 (T27) Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?	<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) Linke Hand D III Beugekontraktur, sonst frei beweglich.	
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	Frei beweglich.	
c. Lageveränderung im Bett	Selbständig.	
d. Aufstehen	Selbständig.	
e. Sitzen / Lageveränderung im Sitzen	Selbständig.	
f. Stehen	Selbständig.	
g. Gehen	Selbständig ohne Hilfsmittel.	

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:	<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	02.03.2015	01.12.2014	01.10.2014
	kg	111,00	110,00	110,00
b. Aktuelle Größe	cm			
c. BMI (kg/m ²)				
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	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
---	--

Flüssigkeitsversorgung?	
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

13.1 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
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 ja nein

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

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

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

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

	ja	nein	tnz
14.6 Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im (T36) 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"/>

P6**Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner**

9.1 Auftragsnummer:			150401VT15401003-000034651		
Datum	01.04.2015	Uhrzeit	12:40	Nummer Erhebungsbogen	P6

9.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P6
b. Pflegekasse	AOK
c. Pflege- / Wohnbereich	Tagespflege
d. Geburtsdatum	1934
e. Einzugsdatum	05.02.2014
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Z.n. Apoplex, Mamma-Ca., Diabetes mellitus, M. Parkinson, Z.n .Bypass-OP, Z.n. Schulterfraktur links, starke Sehbehinderung
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-Dokumentation

9.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	Doris Kurth
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	verantwortliche Pflegefachkraft des ambulanten Pflegedienstes "apl"
c. Name des Mitarbeiters	M1
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 type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Der Umgang mit Medikamenten ist nicht sachgerecht.

Der Tagespflegegast erhält Insuman Comb Insulin. Bei dem Medikament mit einer begrenzten Gebrauchsdauer nach dem Öffnen, sind weder das Anbruchs- noch das Verfallsdatum nach Anbruch aufgeführt.

	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) Einschränkungen der Beweglichkeit im linken Schultergelenk nach Fraktur.	
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	Einschränkungen im rechten Kniegelenk.	
c. Lageveränderung im Bett	Selbständig.	
d. Aufstehen	Selbständig.	
e. Sitzen / Lageveränderung im Sitzen	Selbständig.	
f. Stehen	Selbständig.	
g. Gehen	Selbständig, in der Einrichtung kennt sie sich aus, zeitweise in Begleitung wegen starker Sehbehinderung.	

Verwendung eines Blindenstocks (zu Hause, draußen)

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?	● ○

	ja nein tnz
11.5 Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche (T19) Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?	● ○ ○

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

	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	04.03.2015	03.12.2014	01.10.2014
	kg	84,00	82,00	80,00
b. Aktuelle Größe	163 cm			
c. BMI (kg/m ²)	31,62			
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?	● ja ○ nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

Einschränkungen aufgrund der Sehbehinderung.

12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?	● ja ○ 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 Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung (T10) 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 Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der (T11) selbständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

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

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	Wertig- keit	Wortlaut		Anzahl der Bewohn er	Nummern der Bewohner
10.02	M/B/T23	Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?	2/6	0	
10.03	M/B/T24	Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen?	4/6	0	
10.04	M/B/T25	Entspricht die Bedarfsmedikation den ärztlichen Anordnungen?	1/6	0	
10.05	M/B/T26	Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?	4/6	1	P6
10.07	M/B/T13	Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?	0/6	0	
10.08	M/B/T14	Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?	0/6	0	
10.09	M/B/T15	Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente?	0/6	0	
10.10	M/B/T27	Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?	2/6	0	
10.14	M/B/T03	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus nachvollziehbar?	0/6	0	
10.15	M/B/T05	Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?	0/6	0	
10.16	M/B/T04	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus?	0/6	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?	0/6	0	
10.01	M/B/T22	Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?	0/6	0	
10.11	M/B	Ist der Umgang mit Tracheostoma/Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht?	0/6	0	

Kapitel 11: Mobilität

--	--	--

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
11.04	M/B/T18	Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst ?	6/6	0	
11.05	M/B/T19	Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?	2/6	0	
11.07	M/B/T01	Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?	6/6	0	
11.08	M/B/T02	Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?	0/6	0	

Kapitel 12: Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

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
12.05	M/B/T07	Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?	6/6	0	
12.06	M/B/T10	Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?	6/6	0	
12.07	M/B/T08	Werden bei Einschränkungen der selbständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt?	2/6	0	
12.08	M/B/T11	Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?	1/6	0	
12.09	M/B/T09	Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	6/6	0	
12.10	M/B/T12	Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	6/6	0	
12.11	M/B/T28	Wird bei Bewohnern mit Ernährungs sonden der Geschmackssinn angeregt?	0/6	0	

Kapitel 13: Harninkontinenz

Prüfrage			Frage traf für	Kriterium nicht erfüllt bei	
Katalog- Index	Wertig- keit	Wortlaut		Anzahl der Bewohn er	Nummern der Bewohner

Katalog-Index	Wertigkeit	Wortlaut	x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu. x / y	Anzahl der Bewohner	Nummern der Bewohner
13.03	M/B/T16	Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die individuellen Risiken und Ressourcen erfasst?	3/6	0	
13.04	M/B/T17	Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?	3/6	0	

Kapitel 14: Umgang mit Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

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
14.02	M/B/T33	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Heimbewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	5/6	0	
14.03	M/B/T34	Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und sozialen Betreuung einbezogen?	5/6	0	
14.04	M/B/T35	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und sozialen Betreuung berücksichtigt?	5/6	0	
14.05	M/B/T40	Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/Beschäftigungsangebote gemacht?	5/6	0	
14.06	M/B/T36	Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	5/6	0	

Kapitel 15: Körperpflege

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		
15.02	M/B/T29	Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	0/6	0	
15.04	M/B/T30	Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	0/6	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	Wertig- keit	Wortlaut		Anzahl der Bewohn er	Nummern der Bewohner
16.02	M/B/T21	Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?	0/6	0	
16.03	M/B/T20	Wird die Notwendigkeit der freiheitseinschränkenden Maßnahmen regelmäßig überprüft?	0/6	0	
16.04	M/B/T31	Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt?	6/6	0	
16.01	M/B	Wird beim Pflegeprozess die individuelle soziale Betreuung berücksichtigt?	6/6	0	
16.05	M/B	Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	6/6	0	
16.06	M/B	Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden?	4/6	0	