



**Verband der
Privaten Krankenversicherung e.V.**

Postfach 51 10 40
50946 Köln

Prüfbericht nach §§ 114 ff SGB XI

Geprüfte Einrichtung: **apl Tagespflege "Schöne Zeit"**

Wetzlarer Str. 55

35638 Leun

IK Nummer: 510653282

Auftragsnummer: 180502VT90000000-000026069

Datum der Prüfung: 02.05.2018 bis 03.05.2018

Auditor: Rene Germann

Qualitätsprüfer: Ursula Pordzik

Prüfberichtserstellung: 18.05.2018



Prüfdienst der PKV
Gustav-Heinemann-Ufer 74c * 50968 Köln
Telefon: 0221 / 9987 - 2920 * Telefax: 0221 / 9987 - 2921
Pruefdienst@pkv.de



Legende/Antwortoptionen

M = Mindestangaben
Info = Informationsfrage
T = Transparenzkriterium
B = (sonstige) Bewertungsfrage
E = Empfehlung

ja
nein
t. n. z. = trifft nicht zu
nicht geprüft
immer
häufig
geleg. = gelegentlich
nie
k. A. = keine Angabe

MA = Mitarbeiter*
PFK = Pflegefachkraft

*Da die Verwendung der geschlechtlichen Paarformen die Verständlichkeit und Klarheit erheblich einschränken würde, wird auf die Nennung beider Formen verzichtet. Die verwendeten Personenbezeichnungen gelten deshalb jeweils auch in ihrer weiblichen Form.

Prüfmaßstab

Prüfmaßstab sind die §§ 114 ff SGB XI, die „Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der teilstationären Pflege (Tagespflege) vom 10. Dezember 2012 (MuG)“, sowie die „Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Prüfung der in den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität (Qualitätsprüfungs-Richtlinien - QPR) 27. November 2017“.

Diese Unterlagen dienen gleichzeitig als Leitfaden zur Gesprächsführung.

Kapitel 1. Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

| | |
|----------------------------|----------------------------|
| M/Info | |
| 1.1 Auftragsnummer: | 180502VT90000000-000026069 |

| M/Info | |
|--|---|
| 1.2 Daten zur Einrichtung | |
| a. Name | apl Tagespflege "Schöne Zeit" |
| b. Straße | Wetzlarer Str. 55 |
| c. PLZ/Ort | 35638 Leun |
| d. Institutions- kennzeichen (IK) | 1. 510653282 |
| | 2. |
| | 3. |
| | 4. |
| e. Telefon | 06473 3279 |
| f. Fax | 06473 3596 |
| g. E-Mail | info@apl-leun.de |
| h. Internet-Adresse | www.apl-leun.de |
| i. Träger/Inhaber | Uwe Bördner Wetzlarer Straße 55 35638 Leun info@apl-leun.de |
| j. Trägerart | <input checked="" type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> freigemeinnützig <input type="checkbox"/> öffentlich <input type="checkbox"/> nicht zu ermitteln |
| k. ggf. Verband | BPA |
| l. Einrichtungsart | <input type="checkbox"/> stationär <input checked="" type="checkbox"/> teilstationär <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege |
| m. Datum Abschluss Versorgungsvertrag | 01.08.2010 |
| n. Datum Inbetriebnahme der stationären Pflegeeinrichtung | 01.08.2010 |
| o. Heimleitung Name | Uwe Bördner |
| p. Verantw. PFK Name | Uwe Bördner |
| q. Stellv. verantw. PFK Name | Gabriele Just |
| r. ggf. vorhandene Zweigstellen/Filialen | |
| s. Zertifizierung | <input type="checkbox"/> liegt vor <input checked="" type="checkbox"/> liegt nicht vor |
| t. Name des Ansprechpartners für die DCS | Uwe Bördner |
| u. E-Mail des Ansprechpartners für die DCS | info@apl-leun.de |
| v. Rufnummer des Ansprech- partners für die DCS | 06473 3279 |
| w. Faxnummer des Ansprech- partners für die DCS | 06473 3596 |

| M/Info | | |
|--|--|--|
| 1.3 Daten zur Prüfung | | |
| a. Auftraggeber / Zuständiger Landesverband der Pflegekassen | <input type="checkbox"/> AOK <input type="checkbox"/> BKK <input type="checkbox"/> IKK | <input type="checkbox"/> KBS <input type="checkbox"/> LKK <input checked="" type="checkbox"/> vdek |
| b. Prüfung durch | <input type="checkbox"/> MDK | <input checked="" type="checkbox"/> PKV-Prüfdienst |
| c. Datum | 02.05.2018 von | 03.05.2018 bis |
| d. Uhrzeit | 09:00 von | 15:00 bis |
| 1. Tag | | |
| 2. Tag | 09:30 von | 12:15 bis |
| 3. Tag | | |
| e. Gesprächspartner der stationären Pflegeeinrichtung | Barbara Grabitzki; Uwe Bördner; Mirjam Horz-Becker | |
| f. Prüfende(r) Gutachter | Rene Germann Ursula Pordzik | |
| g. An der Prüfung Beteiligte | Namen | |
| <input type="checkbox"/> Pflegekasse | | |
| <input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger | | |
| Nach heimrechtlichen <input type="checkbox"/> 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 Frank Schlerfer | |
| | E-Mailadresse pruefdienst@pkv.de | |

| M/Info | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|--|-----------------------------------|--|---|--|
| 1.4 Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI | | | | | | | | | | |
| a. | <input checked="" type="checkbox"/> Regelprüfung | | | | | | | | | |
| b. | <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Beschwerde Bewohner, Angehörige o.ä.) <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Hinweise von anderen Institutionen) <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (sonstige Hinweise) | | | | | | | | | |
| c. | <input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung nach Regelprüfung <input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung nach Anlassprüfung | | | | | | | | | |
| d. | <input type="checkbox"/> nächtliche Prüfung | | | | | | | | | |
| e. | Datum der letzten Prüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI 22.03.2017 | | | | | | | | | |
| f. | <table border="1"> <tr> <td rowspan="4">Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen</td> <td><input type="checkbox"/> Nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gesundheitsamt</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sonstige</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> keine Angaben</td> <td></td> </tr> </table> | 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 | |
| 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 | | | | | | | | | |

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

Alle Angaben beruhen auf Selbstauskünften der Pflegeeinrichtung.

An den Tagen der Qualitätsprüfung sind am ersten Tag 10 Pflegebedürftige anwesend und am zweiten Tag 12 Pflegebedürftige anwesend. Die vereinbarte Platzzahl wird an keinem Tag überschritten.

M/Info

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 |

M/Info

1.8 Ist ein pflegfachlicher Schwerpunkt vereinbart?ja nein

Wenn ja, welcher?

ja nein t. n. z.

**1.9 Wenn schwerpunktmäßig besondere Personengruppen versorgt werden: Werden die diesbezüglichen Anforderungen erfüllt?**

- a. ^B schriftlich dargelegt im Einrichtungskonzept
- b. ^B Pflegefachkräfte mit schwerpunktspezifischen Kenntnissen (Fort- und/oder Weiterbildung)
- c. ^B Pflegehilfskräfte mit schwerpunktspezifischen Kenntnissen (Fortbildung)
- d. ^B vereinbarte Anforderungen an den Schwerpunkt werden umgesetzt

M/Info

1.10 Werden Zusatzleistungen gemäß § 88 SGB XI von der stationären Pflegeeinrichtung angeboten?

ja
nein

Wenn ja, welche?

M/Info

1.11 Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht?

ja
nein

Wenn ja, welche?

a. Körperbezogene Pflegemaßnahmenb. Behandlungspflegec. Betreuungd. Speisen- und Getränkeversorgunge. Wäscheversorgungf. Hausreinigung

Speisenversorgung:

Metzgerei & Partyservice Hennche, 35638 Leun-Biskirchen

2. Zusammenfassende Beurteilung

In diesem Kapitel sind die wichtigsten Feststellungen in zusammenfassender 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.

Zusammenfassende Beurteilung

Die Qualitätsprüfer des Prüfdienstes der PKV informieren die Einrichtungsvertreter über den Prüfauftrag zur Regelprüfung. Gemeinsam mit der Pflegeeinrichtung stimmen die Qualitätsprüfer den Ablauf der Prüfung ab. Des Weiteren weisen sie auf den beratungsorientierten Prüfansatz und die Berücksichtigung der verschiedenen Nachweisebenen zur Bewertung der Prüffragen hin. Die Einrichtungsvertreter werden zudem darauf aufmerksam gemacht, dass nur die während der Qualitätsprüfung vorgelegten Unterlagen in die Bewertung einbezogen werden. Die Qualitätsprüfer informieren die Bewohnervertretung über die Durchführung der Qualitätsprüfung.

Anhand der zu Prüfbeginn vorgelegten Liste der Pflegebedürftigen ziehen die Qualitätsprüfer in Anwesenheit der Einrichtungsvertreter die Stichprobe. Im Folgenden holen sie die Einwilligungen zur Überprüfung der Prozess- und Ergebnisqualität und zur Zufriedenheitsbefragung bei den Pflegebedürftigen oder bei den hierzu Berechtigten ein.

Die Stichprobenerhebung erfolgt analog zur Qualitätsprüfungs-Richtlinie (QPR).

Eine Person im Pflegegrad 3 und zwei Personen im Pflegegrad 4 erteilen keine Zustimmung zur Qualitätsprüfung, es werden die Personen des entsprechenden Pflegegrades nachgezogen.

Im Pflegegrad 5 werden keine Personen versorgt.

Im Rahmen der Stichprobe besucht das Prüfteam sieben Pflegebedürftige, begutachtet sie unter medizinisch-pflegerischen Gesichtspunkten und befragt sechs Pflegebedürftige zu ihrer Zufriedenheit.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 2 Allgemeine Angaben

Die Anforderungen sind vollständig erfüllt.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 3 Aufbauorganisation Personal

Die Anforderungen sind vollständig erfüllt.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 4 Ablauforganisation

Die Anforderungen sind vollständig erfüllt.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 5 Qualitätsmanagement

Die Anforderungen sind vollständig erfüllt.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 6 Hygiene

Die Anforderungen sind vollständig erfüllt.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 7 Verpflegung

Die Anforderungen sind vollständig erfüllt.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 8 Betreuung

Die Anforderungen sind vollständig erfüllt.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 10 Behandlungspflege

Die Anforderungen sind vollständig erfüllt.

Die ärztlich verordneten Leistungen werden nachweislich durchgeführt.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 11 Mobilität

Die Anforderungen sind vollständig erfüllt.

Alle pflegerischen Risiken werden erkannt und die notwendigen prophylaktischen Maßnahmen werden angewendet.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Die Anforderungen sind vollständig erfüllt.

Für alle Pflegebedürftigen der Pflegeeinrichtung wird geprüft, ob ein Risiko im Bereich der Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung besteht. Ist dies der Fall, wird das individuelle Risiko ermittelt und beschrieben, sowie Maßnahmen eingeleitet.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 13 Harninkontinenz

Die Anforderungen sind vollständig erfüllt.

Bei allen Pflegebedürftigen mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkatheter werden die individuellen Risiken und Ressourcen erfasst und entsprechende Maßnahmen durchgeführt.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 14 Umgang mit Demenz

Die Anforderungen sind vollständig erfüllt.

Eine individuelle Tagesgestaltung auf der Grundlage der Biographie des Pflegebedürftigen unter Einbeziehung der Angehörigen erfolgt systematisch.

Bei demenzkranken Pflegebedürftigen wird das Wohlbefinden im Pflegealltag ermittelt und bei der Durchführung der geplanten Maßnahmen der Pflege und Betreuung berücksichtigt.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

Die Anforderungen sind vollständig erfüllt.

Im Pflegeprozess wird die individuelle soziale Betreuung bei allen Pflegebedürftigen berücksichtigt. Die Pflege erfolgt in der Regel von denselben Pflegekräften.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 18 Befragung der Bewohner

Die befragten Pflegebedürftigen äußern sich insgesamt sehr zufrieden über die Pflege und Betreuung der Pflegeeinrichtung. Die Pflegebedürftigen fühlen sich aktivierend gepflegt und in ihrer Persönlichkeit respektiert.

Abschlussgespräch

Die Prüfung und das Abschlussgespräch verlaufen in einer offenen und kooperativen Atmosphäre. Die relevanten Fragestellungen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität werden in einer konstruktiven Zusammenarbeit bearbeitet. Die Qualitätsprüfer fassen die Ergebnisse der Überprüfung zusammen. Die Einrichtungsvertreter nehmen die beratenden Aspekte der Qualitätsprüfer offen auf. Seitens der Pflegeeinrichtung bestehen keine weiteren Fragen.

Abschließend erläutert das Prüfteam die weitere Vorgehensweise hinsichtlich des Prüfberichtes und überreicht der Pflegeeinrichtung Unterlagen zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI.

| 10. Behandlungspflege | | | | | |
|------------------------------|-------------------|---|---|---------------------------------------|--|
| Katalog-Index | Wertigkeit | Prüffrage Wortlaut | Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu. | Kriterium nicht erfüllt bei | |
| | | | | Anzahl der versorgten Personen | Nummern der versorgten Personen |
| 10.1 | M/T22/B | Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar? | 0/7 | 0 | |
| 10.2 | M/T23/B | Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen? | 1/7 | 0 | |
| 10.3 | M/T24/B | Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen? | 6/7 | 0 | |
| 10.4 | M/T25/B | Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung? | 1/7 | 0 | |
| 10.5 | M/T26/B | Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht? | 6/7 | 0 | |
| 10.7 | M/T13/B | Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung? | 0/7 | 0 | |
| 10.8 | M/T14/B | Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt? | 0/7 | 0 | |
| 10.9 | M/T15/B | Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente? | 0/7 | 0 | |
| 10.10 | M/T27/B | Sind Kompressionsstrümpfe/ -verbände sachgerecht angelegt? | 0/7 | 0 | |
| 10.11 | M/B | Ist der Umgang mit Tracheostoma/Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht? | 0/7 | 0 | |
| 10.14 | M/T3/B | Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus dokumentiert? | 0/7 | 0 | |
| 10.15 | M/T5/B | Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens? | 0/7 | 0 | |
| 10.16 | M/T4/B | Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus? | 0/7 | 0 | |
| 10.17 | M/T6/B | 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 | |

| 11. Mobilität | | | | | | |
|---------------|------------|--|--|--|--------------------------------|---------------------------------|
| Katalog-Index | Wertigkeit | Prüffrage | | Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu. | Kriterium nicht erfüllt bei | |
| | | Wortlaut | | | Anzahl der versorgten Personen | Nummern der versorgten Personen |
| 11.4 | M/T18/B | Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst? | | 7/7 | 0 | |
| 11.5 | M/T19/B | Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt? | | 5/7 | 0 | |
| 11.7 | M/T1/B | Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst? | | 7/7 | 0 | |
| 11.8 | M/T2/B | Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt? | | 0/7 | 0 | |

| 12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung | | | | | | |
|--|------------|---|--|--|--------------------------------|---------------------------------|
| Katalog-Index | Wertigkeit | Prüffrage | | Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu. | Kriterium nicht erfüllt bei | |
| | | Wortlaut | | | Anzahl der versorgten Personen | Nummern der versorgten Personen |
| 12.5 | M/T7/B | Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst? | | 7/7 | 0 | |
| 12.6 | M/T10/B | Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst? | | 7/7 | 0 | |
| 12.7 | M/T8/B | Werden bei Einschränkungen der selbstständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt? | | 0/7 | 0 | |
| 12.8 | M/T11/B | Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbstständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt? | | 0/7 | 0 | |
| 12.9 | M/T9/B | Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? | | 7/7 | 0 | |
| 12.10 | M/T12/B | Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? | | 7/7 | 0 | |
| 12.11 | M/T28/B | Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt? | | 0/7 | 0 | |

| 13. Harninkontinenz | | | | | |
|---------------------|-----------------|---|---|--------------------------------------|---------------------------------------|
| Prüfrage | | | Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu. | Kriterium nicht erfüllt bei | |
| Katalog- Index | Wertig- keit | Wortlaut | | Anzahl der versorgten Personen | Nummern der versorgten Personen |
| 13.3 | M/T16/B | Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkatheter individuelle Risiken und Ressourcen erfasst? | 4/7 | 0 | |
| 13.4 | M/T17/B | Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt? | 4/7 | 0 | |

| 14. Umgang mit Demenz | | | | | |
|-----------------------|-----------------|--|---|--------------------------------------|---------------------------------------|
| Prüfrage | | | Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu. | Kriterium nicht erfüllt bei | |
| Katalog- Index | Wertig- keit | Wortlaut | | Anzahl der versorgten Personen | Nummern der versorgten Personen |
| 14.2 | M/T33/B | Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt? | 5/7 | 0 | |
| 14.3 | M/T34/B | Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und Betreuung einbezogen? | 5/7 | 0 | |
| 14.4 | M/T35/B | Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt? | 5/7 | 0 | |
| 14.5 | M/T40/B | Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/ Beschäftigungsangebote gemacht? | 5/7 | 0 | |
| 14.6 | M/T36/B | Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet? | 5/7 | 0 | |

| 15. Körperpflege | | | | | |
|-------------------|-----------------|---|---|--------------------------------------|---------------------------------------|
| Prüfrage | | | Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu. | Kriterium nicht erfüllt bei | |
| Katalog- Index | Wertig- keit | Wortlaut | | Anzahl der versorgten Personen | Nummern der versorgten Personen |
| 15.2 | M/T29/B | Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? | 0/7 | 0 | |
| 15.4 | M/T30/B | Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? | 0/7 | 0 | |

| 16. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität | | | | | |
|--|-------------------------|---|---|---|--|
| Prüffrage | | | Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu. | Kriterium nicht erfüllt bei | |
| Katalog- Index | Wertig- keit | Wortlaut | | Anzahl der versorgten Personen | Nummern der versorgten Personen |
| 16.1 | M/B | Wird beim Pflegeprozess die individuelle Betreuung berücksichtigt? | 7/7 | 0 | |
| 16.2 | M/T21/B | Liegen bei freiheitsentziehenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor? | 0/7 | 0 | |
| 16.3 | M/T20/B | Wird die Notwendigkeit der freiheitsentziehenden Maßnahmen regelmäßig überprüft? | 0/7 | 0 | |
| 16.4 | M/T31/B | Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt? | 7/7 | 0 | |
| 16.5 | M/B | Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden? | 7/7 | 0 | |
| 16.6 | M/B | Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden? | 1/7 | 0 | |

3. Empfehlung zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten

Zu nachfolgenden Fragen der Struktur- und Prozessqualität:

Keine

Zu nachfolgenden Fragen der Prozess- und Ergebnisqualität:

Keine

Der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. steht Ihnen für Nachfragen unter der E-Mailadresse pruefdienst@pkv.de gerne weiterhin zur Verfügung.

A handwritten signature in black ink, reading "Frank Schlerfer". The script is cursive and fluid, with the first letters of the first and last names being capitalized and prominent.

Frank Schlerfer,

Abteilungsleiter Prüfdienst der PKV

Anlage zum Prüfbericht nach §§ 114 SGB XI

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 Betreuung

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

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 17 Sonstiges

Kapitel 18 Befragung der Bewohner als zusammenfassende Darstellung aller befragten Personen

Kapitel 2. Allgemeine Angaben

ja nein

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

M/T51/B

- a. Ist die Gestaltung der Bewohnerzimmer z.B. mit eigenen Möbeln, persönlichen Gegenständen und Erinnerungsstücken sowie die Entscheidung über ihre Platzierung möglich?

M/B

- b. Stehen für jeden Bewohner abschließbare Schubladen oder Fächer zur Verfügung?

M/T52/B

- c. Wirken die Bewohner an der Gestaltung der Gemeinschaftsräume mit?

Die Frage a) ist mit ja bewertet, jedoch kann für die Tagespflegeeinrichtung keine inhaltliche Bewertung vorgenommen werden.

ja nein t. n. z.

2.3 Bezüglich der strukturellen Anforderungen an die Versorgung von Bewohnern, die demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen aufweisen, trifft für die stationäre Pflegeeinrichtung Folgendes zu:

M/T37/B

- a. Sind gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden?

M/T38/B

- b. Können die Bewohner die Zimmer entsprechend ihrer Lebensgewohnheiten gestalten?

M/T39/B

- c. Wird mit individuellen Orientierungshilfen gearbeitet?

Kapitel 3. Aufbauorganisation Personal

- ja nein t. n. z.
- 3.1 Sind Verantwortungsbereiche und Aufgaben für die in der Pflege, Betreuung und hauswirtschaftlichen Versorgung beschäftigten Mitarbeiter verbindlich geregelt?**
- B
- a.** Organisationsstruktur z.B. in Form eines Organigramms geregelt
- B
- b.** Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Pflegefachkräfte z.B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung)
- B
- c.** Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Krankenpflegehelfer z.B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung)
- B
- d.** Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Altenpflegehelfer z.B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung)
- B
- e.** Verantwortungsbereiche/Aufgaben für angeleitete Kräfte in der Pflege z.B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Fortbildung, Anleitung)
- B
- f.** Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Betreuung geregelt
- B
- g.** Verantwortungsbereiche/Aufgaben für hauswirtschaftliche Versorgung geregelt

Info

- ja nein
- 3.2 Ist die verantwortliche Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Pflegekassen bekannt?**

ja nein

3.3 Die verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien:

- a. Pflegefachkraft B
- b. ausreichende Berufserfahrung B
- c. sozialversicherungspflichtige Beschäftigung B
- d. Weiterbildung zur Leitungsqualifikation B

Info

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

Stunden 40

Info

3.5 Ist die verantwortliche Pflegefachkraft in der direkten Pflege tätig?ja nein

Mit welchem Stundenumfang?

Info

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

ja nein

3.7 Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien:

- a. Pflegefachkraft B
- b. sozialversicherungspflichtige Beschäftigung B

| Info | | | | | | |
|--|---------------------------|--------------|--------------------|-----------------------------|--------------------|------------------------------|
| 3.8 Zusammensetzung Personal | | | | | | |
| | Vollzeit Stunden/Woche | Teilzeit | | geringfügig Beschäftigte | | |
| Geeignete Kräfte: | Anzahl MA | Anzahl MA | Stellen- umfang | Anzahl MA | Stellen- umfang | Gesamtstellen in Vollzeit |
| Pflege | | | | | | |
| Verantwortliche Pflegefachkraft | 1 | | | | | 1,0 |
| Stellv. verantwortliche Pflegefachkraft | | 1 | 0,75 | | | 0,75 |
| Altenpfleger/in | | 2 | 0,5 | | | 1,0 |
| (Gesundheits- und) Krankenpfleger/in | | 1 | 0,5 | | | 0,5 |
| (Gesundheits- und) Kinderkrankenpfleger/in | | | | | | 0,0 |
| Heilerziehungspfleger/in | | | | | | 0,0 |
| Krankenpflegehelfer/in | | | | | | 0,0 |
| Altenpflegehelfer/in | | | | | | 0,0 |
| angelernete Kräfte | | | | | | 0,0 |
| Auszubildende | | | | | | 0,0 |
| Bundesfreiwilligendienst- leistende | | | | | | 0,0 |
| Freiwilliges soz. Jahr | | | | | | 0,0 |
| Sonstige | | 2 | 0,5 | 3 | 0,2 | 1,6 |
| Betreuung | | | | | | |
| Sozialpädagogen | | | | | | 0,0 |
| Sozialarbeiter/in | | | | | | 0,0 |
| Ergotherapeuten/ Beschäftigungstherapeuten | | | | | | 0,0 |
| Zusätzliche Betreuungskräfte nach § 85 Abs. 8 SGB XI | | 3 | 0,5 | | | 1,5 |
| Sonstige | | | | | | 0,0 |
| hauswirtschaftliche Versorgung | | | | | | |
| hauswirtschaftliche Fachkräfte (2-3 jährige Ausb.) | | | | | | 0,0 |
| Hilfskräfte und angelernete Kräfte | | 1 | 0,5 | | | 0,5 |

Vollzeit = 40 Stunden pro Woche

Sonstige: Mitarbeiter im Bereich Pflege und Betreuung (1 x 0,5 Vollzeitstelle (VZ) und 1 x 0,2 VZ) und Mitarbeiter im Bereich Fuhrpark (2 x 0,2 VZ)

Bei den im Bereich Pflege unter "Sonstige" hinterlegten Mitarbeitern handelt es sich um Mitarbeiter, die im Sinne von angelernteten Kräften Aufgaben in Pflege und Betreuung übernehmen.

Kapitel 4. Ablauforganisation

| | | ja | nein |
|------------|--|-------------------------------------|--------------------------|
| 4.1 | Ist die Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert? | | |
| | M/B | | |
| a. | Verantwortlichkeit für Planung, Durchführung und Bewertung der Pflege als Aufgabe für Pflegefachkraft geregelt | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | M/B | | |
| b. | personelle Kontinuität der pflegerischen Versorgung geregelt | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | ja | nein |
|------------|---|-------------------------------------|--------------------------|
| 4.2 | Nimmt die verantwortliche Pflegefachkraft ihre Aufgaben wahr? | | |
| | B | | |
| a. | Umsetzung des Pflegekonzeptes | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | B | | |
| b. | Organisation der fachlichen Planung, Durchführung und Evaluation der Pflegeprozesse | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | B | | |
| c. | Organisation für fachgerechte Führung der Pflegedokumentation | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | B | | |
| d. | an dem Pflegebedarf orientierte Dienstplanung der Pflegekräfte | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | B | | |
| e. | regelmäßige Durchführung der Dienstbesprechungen innerhalb des Pflegebereichs | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | B | | |
| f. | ausreichende Zeit für die Aufgaben der verantwortlichen Pflegefachkraft | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | ja | nein | t. n. z. |
|------------|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | M/B | | | |
| 4.3 | Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung körperbezogener Pflegemaßnahmen von Mitarbeitern ohne pflegerische Ausbildung durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ja nein

4.4 Liegen geeignete Dienstpläne für die Pflege vor?

- | | | | |
|-----------|--|-------------------------------------|--------------------------|
| | M/B | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. | dokumentenecht (z.B. kein Bleistift, keine Überschreibungen, kein Tipp-Ex, keine unleserlichen Streichungen) | | |
| | M/B | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. | Soll-, Ist- und Ausfallzeiten | | |
| | M/B | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. | Zeitpunkt der Gültigkeit und Einsatzort | | |
| | M/B | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. | vollständige Namen (Vor- und Zunamen) | | |
| | M/B | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. | Qualifikation | | |
| | M/B | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. | Umfang des Beschäftigungsverhältnisses (Wochen- oder Monatsarbeitszeit) | | |
| | M/B | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. | Legende für Dienst- und Arbeitszeiten | | |
| | M/B | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. | Datum | | |
| | M/B | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. | Unterschrift der verantwortlichen Person | | |
| | M/B | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. | Übergabezeiten und Zeiten für Teambesprechungen | | |

M/B

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

Kapitel 5. Qualitätsmanagement

| | | M/B | ja | nein | |
|------------------------|--|-----|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 5.1 | Liegt die Verantwortung für das Qualitätsmanagement auf der Leitungsebene und werden die Aufgaben von dieser wahrgenommen? | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ja nein t. n. z. | | | | | |
| 5.2 | Setzt die stationäre Pflegeeinrichtung die folgenden zwei per Zufallsauswahl ausgewählten Expertenstandards um? | | | | |
| | | M/B | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. | Dekubitusprophylaxe | | | | |
| | | M/B | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| b. | Pflegerisches Schmerzmanagement - Akutschmerz | | | | |
| | | M/B | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| c. | Pflegerisches Schmerzmanagement - chronischer Schmerz | | | | |
| | | M/B | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. | Sturzprophylaxe | | | | |
| | | M/B | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| e. | Kontinenzförderung | | | | |
| | | M/B | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| f. | Chronische Wunden | | | | |
| | | M/B | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| g. | Ernährungsmanagement | | | | |

ja nein

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

- | | | | |
|-----------|--|-------------------------------------|--------------------------|
| | M/B | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. | aktuell (umfasst alle Mitarbeiter, die seit mehr als 1 Woche beschäftigt sind) | | |
| | M/B | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. | Nennung der Qualifikation | | |
| | M/B | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. | Vor- und Zunamen | | |
| | M/B | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. | Handzeichen übereinstimmend | | |

M/T32/Bja nein
 5.6 **Werden die Mitarbeiter in der Pflege und Betreuung regelmäßig in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?****M/T50/B**ja nein
 5.7 **Erfolgt eine nachweisliche Bearbeitung von Beschwerden?**

Kapitel 6. Hygiene

| | | M/T53/B | ja | nein |
|-----|---|---------|-------------------------------------|--------------------------|
| 6.1 | Ist der Gesamteindruck der stationären Pflegeeinrichtung im Hinblick auf Sauberkeit, Ordnung und Geruch gut? | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | ja | nein |
| 6.2 | Gibt es in der stationären Pflegeeinrichtung ein angemessenes Hygienemanagement? | | | |
| | | M/B | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. | innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Desinfektion und Umgang mit Sterilgut | | | |
| | | M/B | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. | Reinigung und Ver- und Entsorgung kontagiöser oder kontaminierter Gegenstände | | | |
| | | M/B | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. | Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensanweisungen wird regelmäßig überprüft | | | |
| | | M/B | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. | innerbetriebliche Verfahrensanweisungen Mitarbeitern bekannt | | | |
| | | M/B | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. | alle im Rahmen des Hygienemanagements erforderlichen Desinfektionsmittel sind vorhanden | | | |
| | | | ja | nein |
| 6.3 | Stehen den Mitarbeitern in stichprobenartig besuchten Wohnbereichen in erforderlichem Umfang Arbeitshilfen zur Verfügung? | | | |
| | | M/B | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. | Handschuhe | | | |
| | | M/B | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. | Händedesinfektionsmittel | | | |
| | | M/B | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. | Schutzkleidung | | | |
| | | M/B | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.4 | Liegen geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen vor? | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kapitel 7. Verpflegung

| | | | | | |
|-----|--|----------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | M/T57/B | ja | nein | |
| 7.1 | Wird der Speiseplan in gut lesbarer Form eines Wochenplans bekannt gegeben? | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | ja | nein | t. n. z. |
| 7.2 | Wird in der stationären Pflegeeinrichtung ein abwechslungsreiches, vielseitiges und bedarfsgerechtes Speiseangebot vorgehalten? | | | | |
| | | M/T55/B | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| a. | Wird bei Bedarf Diätkost angeboten? | | | | |
| | | M/T41/B | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. | Gibt es ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Demenz? | | | | |
| | | M/T56/B | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| c. | Ist die Darbietung von Speisen und Getränken an den individuellen Fähigkeiten der Bewohner orientiert? | | | | |
| | | M/T58/B | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| d. | Orientieren sich die Portionsgrößen an den individuellen Wünschen der Bewohner? | | | | |
| | | M/T54/B | ja | nein | |
| 7.3 | Kann der Zeitpunkt des Essens im Rahmen bestimmter Zeitkorridore frei gewählt werden? | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | ja | nein | t. n. z. |
| 7.4 | Wird speziellen Erfordernissen der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr der Bewohner Rechnung getragen? | | | | |
| | | M/B | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. | es gibt ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Schluckstörungen | | | | |
| | | M/T59/B | ja | nein | |
| 7.5 | Werden die Mahlzeiten in für die Bewohner angenehmen Räumlichkeiten und ruhiger Atmosphäre angeboten? | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Kapitel 8. Betreuung

ja nein

8.1 Werden Leistungen der Betreuung angeboten?

- M/T42/B
- a. Werden im Rahmen der Betreuung Gruppenangebote gemacht?
- M/T43/B
- b. Werden im Rahmen der Betreuung Angebote für Bewohner gemacht, die nicht an Gruppenangeboten teilnehmen können?
- M/T44/B
- c. Gibt es Aktivitäten zur Kontaktaufnahme/Kontaktpflege mit dem örtlichen Gemeinwesen?
- M/T45/B
- d. Gibt es Maßnahmen zur Förderung der Kontaktpflege zu den Angehörigen?

M/T46/B

ja nein

8.3 Sind die Angebote der Betreuung auf die Bewohnergruppen und deren Bedürfnisse ausgerichtet?

B

ja nein

8.4 Wird die Betreuung durch festangestellte Mitarbeiter koordiniert?

M/Info

8.6 In welchem Stellenumfang sind in der stationären Pflegeeinrichtung Mitarbeiter für die Betreuung beschäftigt (ohne zusätzliche Betreuungskräfte nach § 85 Abs. 8 SGB XI)?

Stellenumfang 0

M/Info

8.7 Hat die stationäre Pflegeeinrichtung auf der Grundlage des § 84 Abs. 8 i. V. m. § 85 Abs. 8 SGB XI Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuungskräfte vereinbart?

ja nein

Wenn ja, mit welchem Stellenumfang?

Der aktuell besetzte Stellenumfang beträgt 1,5 VZ bei einem Personalschlüssel von 1:20,71.

- ja nein t. n. z.
- 8.8 Sind die gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen an zusätzliche Betreuungskräfte nach § 85 Abs. 8 SGB XI im Hinblick auf die Beschäftigung, Qualifikation und Aufgabenwahrnehmung erfüllt?**
- M/B
- a.** Sind die Stellen der zusätzlichen Betreuungskräfte im vereinbarten Umfang besetzt?
- M/B
- b.** Verfügen die eingesetzten zusätzlichen Betreuungskräfte über die erforderliche Qualifikation gemäß § 4 der Betreuungskräfte-RL?
- M/B
- c.** Haben alle eingesetzten zusätzlichen Betreuungskräfte im vergangenen Jahr nach § 4 Abs. 4 der Betreuungskräfte-RL an Fortbildungsmaßnahmen im Umfang von insgesamt mindestens 16 Unterrichtsstunden teilgenommen?
- M/B
- d.** Ist gewährleistet, dass zusätzliche Betreuungskräfte gemäß § 2 der Betreuungskräfte-RL nicht regelmäßig körperbezogene Maßnahmen, Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege oder hauswirtschaftliche Tätigkeiten durchführen?

- ja nein
- 8.9 Wird die Eingewöhnung der Bewohner in die stationäre Pflegeeinrichtung systematisch begleitet?**
- M/T47/B
- a.** Gibt es Hilfestellungen zur Eingewöhnung in die stationäre Pflegeeinrichtung?
- M/T48/B
- b.** Erfolgt eine regelhafte Überprüfung und ggf. Anpassung der Angebote zur Eingewöhnung durch die stationäre Pflegeeinrichtung?

- M/T49/B**
- ja nein
- 8.10 Gibt es konzeptionelle Aussagen zur Sterbebegleitung?**

Die Frage ist mit ja bewertet, jedoch kann für die Tagespflegeeinrichtung keine inhaltliche Bewertung vorgenommen werden.

Prüfung beim Pflegebedürftigen

Versicherte Person 1

Kapitel 9. Allgemeine Angaben

| M/Info | | | | | |
|----------------------------|------------|---------|----------------------------|-----------------------|--|
| 9.1 Auftragsnummer: | | | 180502VT90000000-000026069 | | |
| Datum | 03.05.2018 | Uhrzeit | 09:38 | Nummer Erhebungsbogen | Prüfung beim Pflegebedürftigen 2018 - Rene.Germann - 1 |

M/Info

9.2 Angaben zum Bewohner

| | | | | |
|----|--|----------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|
| a. | Name | Anonymisiert | | |
| b. | Pflegekasse | privat | | |
| c. | Pflege-/Wohnbereich | | | |
| d. | Geburtsjahr | 1947 | | |
| e. | Einzugsdatum | 07.04.2014 | | |
| f. | Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung | Multiple Sklerose | | |
| g. | Pflegegrad | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input checked="" type="checkbox"/> 4 |
| | <input type="checkbox"/> 5 | | | |
| h. | Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor? | | | |
| | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | | |
| i. | Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter) | | | |
| | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | | |
| j. | Vorhandene Unterlagen | aktuelle Dokumentation | | |

M/Info

9.3 Anwesende Person

| | | |
|----|---|--|
| a. | Name des Gutachters | Rene Germann |
| b. | Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung | verantwortliche Pflegefachkraft des ambulanten Dienstes des gleichen Trägers |
| c. | Name des Mitarbeiters | |
| d. | sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer) | |

Kapitel 10. Behandlungspflege

| | | | | |
|-------------|---|--------------------------------|----------------------------------|---|
| | M/T22/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.1 | Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar? | | | |

| | | | | |
|-------------|---|--------------------------------|----------------------------------|---|
| | M/T23/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.2 | Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen? | | | |

| | | | | |
|-------------|--|--------------------------------|----------------------------------|---|
| | M/T24/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.3 | Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen? | | | |

| | | | | |
|-------------|---|--------------------------------|----------------------------------|---|
| | M/T25/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.4 | Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung? | | | |

| | | | | |
|-------------|---|--------------------------------|----------------------------------|---|
| | M/T26/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.5 | Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht? | | | |

| | |
|--|---|
| M/Info | |
| 10.6 | Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen? <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| Ja: akute Schmerzen <input type="checkbox"/> chronische Schmerzen <input type="checkbox"/> | |
| Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input checked="" type="checkbox"/> | |

| | | | | |
|-------------|--|--------------------------------|----------------------------------|---|
| | M/T13/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.7 | Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung? | | | |

| | | | | |
|-------------|--|--------------------------------|----------------------------------|---|
| | M/T14/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.8 | Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt? | | | |

| | | | | |
|-------------|--|--------------------------------|----------------------------------|---|
| | M/T15/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.9 | Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente? | | | |

| | | | | |
|--------------|---|--------------------------------|----------------------------------|---|
| | M/T27/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.10 | Sind Kompressionsstrümpfe/ -verbände sachgerecht angelegt? | | | |

| | | M/B | ja | nein | t.n.z. |
|-------|---|-----|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 10.11 | Ist der Umgang mit Tracheostoma/Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | M/Info |
|-------|----------------------------------|--|
| 10.12 | Beschreibung vorliegender Wunden | <input checked="" type="checkbox"/> t. n. z. |

| | | M/Info |
|-------|--|--|
| 10.13 | Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente) | <input checked="" type="checkbox"/> t.n.z. |

| | | M/T3/B | ja | nein | t.n.z. |
|-------|---|--------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 10.14 | Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus dokumentiert? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | M/T5/B | ja | nein | t.n.z. |
|-------|--|--------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 10.15 | Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | M/T4/B | ja | nein | t.n.z. |
|-------|--|--------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 10.16 | Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | M/T6/B | ja | nein | t.n.z. |
|-------|---|--------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 10.17 | Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z.B. Wunddokumentation) ausgewertet, ggf. der Arzt informiert und die Maßnahmen angepasst? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Kapitel 11. Mobilität

| M/Info | |
|--|--|
| 11.1 Bewohner angetroffen: | |
| a. <input type="checkbox"/> liegend | <input checked="" type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> stehend |
| b. <input checked="" type="checkbox"/> Tageskleidung | <input type="checkbox"/> Nachtwäsche |

| M/Info | |
|--|---|
| 11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt | ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| | Beschreibung |
| a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten | keine Einschränkung |
| b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten | Kraftminderung in beiden Beinen |
| c. Lageveränderung im Bett | eigenständig |
| d. Aufstehen | tagesformabhängig eigenständig und/oder mit Unterstützung einer Pflegekraft |
| e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen | eigenständig |
| f. Stehen | mit Unterstützung einer Pflegekraft |
| g. Gehen | aktiv im Rollstuhl |

| M/Info | |
|---|--|
| 11.3 Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor? | <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Von: | |
| Gutachter beurteilt | <input type="checkbox"/> |
| Einrichtung übernommen | <input checked="" type="checkbox"/> |

M/T18/B

ja
 ja nein

11.4 Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?

M/T19/B

ja nein t.n.z.
 ja nein t.n.z.

11.5 Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?

M/Info

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?

 ja nein

Von:

Gutachter beurteilt Einrichtung übernommen

M/T1/B

ja nein
 ja nein

11.7 Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?

M/T2/B

ja nein t.n.z.
 ja nein t.n.z.

11.8 Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?

Kapitel 12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

| M/Info | | | | |
|--|---|--|--|----------------|
| 12.1 Gewicht Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung | | | | |
| a. Gewicht | | aktuell | vor ca. 3 Mon. | vor ca. 6 Mon. |
| | Datum | | | |
| | kg | | | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> t.n.z. | <input checked="" type="checkbox"/> t.n.z. | |
| b. Aktuelle Größe in cm | | | | |
| c. Aktueller BMI (kg/m ²) | | | | |
| d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten | <input type="checkbox"/> zugenommen <input type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input checked="" type="checkbox"/> 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 | | | |

Eine Gewichts- und Größenmessung ist nicht erfolgt.

Die Pflegeeinrichtung führt regelhaft eine Oberarmmessung durch.

Folgende Werte sind beispielhaft dokumentiert:

09.04.2018: 27cm

15.01.2018: 27 cm

02.11.2017: 29 cm

Der Pflegebedürftige befindet sich augenscheinlich in einem unauffälligen Ernährungszustand.

| M/Info | | | | | |
|-------------|---|--|--|-----------|--|
| 12.2 | Der Bewohner ist versorgt mit: | | | | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| a. | <input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde | | Beschreibung <input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus | | |
| | Nahrung | | kcal/24h | Flussrate | ml/h |
| | Flüssigkeit | | ml/24h | Flussrate | ml/h |
| | (Zustand Sonde, Eintrittsstelle, Verband) | | | | |
| b. | <input type="checkbox"/> Subkutaner Infusion | | | | |
| c. | <input type="checkbox"/> i.v.-Infusion | | | | |
| d. | <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln | | | | |
| e. | <input type="checkbox"/> Sonstigem | | | | |

| M/Info | |
|--|--|
| 12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung? | <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input checked="" type="checkbox"/> | |

| M/Info | |
|--|--|
| 12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung? | <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input checked="" type="checkbox"/> | |

| | | | | |
|-------------|---|-------------------------------------|--------------------------|--|
| | M/T7/B | ja | nein | |
| 12.5 | Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | | | | |
|-------------|--|-------------------------------------|--------------------------|--|
| | M/T10/B | ja | nein | |
| 12.6 | Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | | | | |
|-------------|--|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| | M/T8/B | ja | nein | t.n.z. |
| 12.7 | Werden bei Einschränkungen der selbstständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | | | |
|-------------|--|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| | M/T11/B | ja | nein | t.n.z. |
| 12.8 | Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbstständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | | | |
|-------------|---|-------------------------------------|--------------------------|--|
| | M/T9/B | ja | nein | |
| 12.9 | Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | | | | |
|--------------|--|-------------------------------------|--------------------------|--|
| | M/T12/B | ja | nein | |
| 12.10 | Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | | | | |
|--------------|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| | M/T28/B | ja | nein | t.n.z. |
| 12.11 | Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Kapitel 13. Harninkontinenz

| M/Info | | |
|--|--|--|
| 13.1 Der Bewohner ist versorgt mit: | | <input type="checkbox"/> t. n. z. |
| | 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 | |
| e. | <input type="checkbox"/> Sonstigem | |

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

| M/T16/B | | ja | nein | t.n.z. |
|-------------|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13.3 | Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkatheter individuelle Risiken und Ressourcen erfasst? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T17/B | | ja | nein | t.n.z. |
|-------------|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13.4 | Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kapitel 14. Umgang mit Demenz

| M/Info | | |
|---|--|--|
| 14.1 Orientierung und Kommunikation | | |
| a. sinnvolles Gespräch möglich | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| b. nonverbale Kommunikation möglich | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| c. Orientierung in allen Qualitäten vorhanden | <input type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> nein |

| M/T33/B | | ja | nein | t.n.z. |
|---------|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.2 | Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T34/B | | ja | nein | t.n.z. |
|---------|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.3 | Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und Betreuung einbezogen? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T35/B | | ja | nein | t.n.z. |
|---------|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.4 | Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T40/B | | ja | nein | t.n.z. |
|---------|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.5 | Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/ Beschäftigungsangebote gemacht? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T36/B | | ja | nein | t.n.z. |
|---------|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.6 | Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kapitel 15. Körperpflege

| M/Info | |
|---|--|
| 15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut | |
| | Beschreibung |
| a. <input checked="" type="checkbox"/> normal | (Beschreibung nicht erforderlich) |
| b. <input type="checkbox"/> Besonderheiten | <i>(Haare, Fuß-/Fingernägel, Zehenzwischenräume, Hautfalten, Bauchnabel)</i> |
| | |

M/T29/B

ja nein t.n.z.

15.2 Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?

M/Info

15.3 Mundzustand/Zähne

| | Beschreibung |
|---|--|
| a. <input checked="" type="checkbox"/> normal | <i>(Beschreibung nicht erforderlich)</i> |
| b. <input type="checkbox"/> Schleimhaut trocken | |
| c. <input type="checkbox"/> borkige Beläge | |
| d. <input type="checkbox"/> Schleimhautdefekte | |
| e. <input type="checkbox"/> Lippen trocken | |
| f. <input type="checkbox"/> Lippen Hautdefekte | |
| g. <input type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt | |
| h. <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

M/T30/B

ja nein t.n.z.

15.4 Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?

Kapitel 16. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

| | | | | |
|-------------|--|---|----------------------------------|---|
| | M/B | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |
| 16.1 | Wird beim Pflegeprozess die individuelle Betreuung berücksichtigt? | | | |
| | M/T21/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 16.2 | Liegen bei freiheitsentziehenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor? | | | |
| | M/T20/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 16.3 | Wird die Notwendigkeit der freiheitsentziehenden Maßnahmen regelmäßig überprüft? | | | |
| | M/T31/B | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |
| 16.4 | Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt? | | | |
| | M/B | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |
| 16.5 | Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden? | | | |
| | M/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 16.6 | Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden? | | | |

Kapitel 17. Sonstiges

-

Prüfung beim Pflegebedürftigen

Versicherte Person 2

Kapitel 9. Allgemeine Angaben

| M/Info | | | | | |
|----------------------------|------------|---------|-------|----------------------------|--|
| 9.1 Auftragsnummer: | | | | 180502VT90000000-000026069 | |
| Datum | 02.05.2018 | Uhrzeit | 12:36 | Nummer Erhebungsbogen | Prüfung beim Pflegebedürftigen 2018 - Ursula.Pordzik - 1 |

M/Info

9.2 Angaben zum Bewohner

| | | | | |
|----|--|---|----------------------------|----------------------------|
| a. | Name | Anonymisiert | | |
| b. | Pflegekasse | Techniker Krankenkasse | | |
| c. | Pflege-/Wohnbereich | | | |
| d. | Geburtsjahr | 1938 | | |
| e. | Einzugsdatum | 01.07.2017 | | |
| f. | Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung | Zustand nach Apoplex, schwere Depression | | |
| g. | Pflegegrad | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1 | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| | <input type="checkbox"/> 5 | | | |
| h. | Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor? | | | |
| | ja <input type="checkbox"/> | nein <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| i. | Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter) | | | |
| | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | | |
| j. | Vorhandene Unterlagen | aktuelle Dokumentation | | |

M/Info

9.3 Anwesende Person

| | | |
|----|---|---|
| a. | Name des Gutachters | Ursula Pordzik |
| b. | Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung | Pflegefachkraft; verantwortliche Pflegefachkraft des ambulanten Dienstes des gleichen Trägers |
| c. | Name des Mitarbeiters | |
| d. | sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer) | |

Kapitel 10. Behandlungspflege

| | | | | |
|---------------|--|---|----------------------------------|---|
| | M/T22/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.1 | Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar? | | | |
| | M/T23/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.2 | Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen? | | | |
| | M/T24/B | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input type="checkbox"/> |
| 10.3 | Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen? | | | |
| | M/T25/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.4 | Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung? | | | |
| | M/T26/B | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input type="checkbox"/> |
| 10.5 | Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht? | | | |
| M/Info | | | | |
| 10.6 | Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen? | <input checked="" type="checkbox"/> nein | | |
| | Ja: | | | |
| | akute Schmerzen | <input type="checkbox"/> | | |
| | chronische Schmerzen | <input type="checkbox"/> | | |
| | Von: | | | |
| | Gutachter beurteilt | <input type="checkbox"/> | | |
| | Einrichtung übernommen | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| | M/T13/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.7 | Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung? | | | |
| | M/T14/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.8 | Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt? | | | |
| | M/T15/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.9 | Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente? | | | |
| | M/T27/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.10 | Sind Kompressionsstrümpfe/ -verbände sachgerecht angelegt? | | | |

| | | | | |
|--------------|--|--------------------------------|----------------------------------|---|
| | M/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.11 | Ist der Umgang mit Tracheostoma/Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht? | | | |
| M/Info | | | | |
| 10.12 | Beschreibung vorliegender Wunden | | | <input checked="" type="checkbox"/> t. n. z. |
| M/Info | | | | |
| 10.13 | Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente) | | | <input checked="" type="checkbox"/> t.n.z. |
| | M/T3/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.14 | Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus dokumentiert? | | | |
| | M/T5/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.15 | Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens? | | | |
| | M/T4/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.16 | Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus? | | | |
| | M/T6/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.17 | Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z.B. Wunddokumentation) ausgewertet, ggf. der Arzt informiert und die Maßnahmen angepasst? | | | |

Kapitel 11. Mobilität

| M/Info | |
|--|--|
| 11.1 Bewohner angetroffen: | |
| a. <input type="checkbox"/> liegend | <input checked="" type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> stehend |
| b. <input checked="" type="checkbox"/> Tageskleidung | <input type="checkbox"/> Nachtwäsche |

| M/Info | |
|--|--|
| 11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt | ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Beschreibung |
| a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten | |
| b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten | |
| c. Lageveränderung im Bett | |
| d. Aufstehen | |
| e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen | |
| f. Stehen | |
| g. Gehen | |

| M/Info | |
|--|--|
| 11.3 Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor? | <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input checked="" type="checkbox"/> | |

Die Pflegeeinrichtung dokumentiert bei der Pflegebedürftigen ein erhöhtes Sturzrisiko aufgrund medikamentöser Behandlung mit Psychopharmaka und dadurch bedingter Gangunsicherheit.

M/T18/B

ja nein

11.4 Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?

M/T19/B

ja nein t.n.z.

11.5 Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?

M/Info

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?

 ja nein

Von:

Gutachter beurteilt Einrichtung übernommen

M/T1/B

ja nein

11.7 Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?

M/T2/B

ja nein t.n.z.

11.8 Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?

Kapitel 12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

| M/Info | | | | |
|--|---|------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 12.1 Gewicht Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung | | | | |
| a. Gewicht | | aktuell | vor ca. 3 Mon. | vor ca. 6 Mon. |
| | Datum | 04.04.2018 | 03.01.2018 | 01.11.2017 |
| | kg | 55,5 | 55 | 55 |
| | | | <input type="checkbox"/> t.n.z. | <input type="checkbox"/> t.n.z. |
| b. Aktuelle Größe in cm | 158 | | | |
| c. Aktueller BMI (kg/m ²) | 22,23 | | | |
| d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten | <input type="checkbox"/> zugenommen <input checked="" type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input type="checkbox"/> 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 | | | |

| M/Info | | | | | |
|-------------|---|--|--|-----------|--|
| 12.2 | Der Bewohner ist versorgt mit: | | | | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| a. | <input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde | | Beschreibung <input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus | | |
| | Nahrung | | kcal/24h | Flussrate | ml/h |
| | Flüssigkeit | | ml/24h | Flussrate | ml/h |
| | (Zustand Sonde, Eintrittsstelle, Verband) | | | | |
| b. | <input type="checkbox"/> Subkutaner Infusion | | | | |
| c. | <input type="checkbox"/> i.v.-Infusion | | | | |
| d. | <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln | | | | |
| e. | <input type="checkbox"/> Sonstigem | | | | |

| M/Info | |
|--|--|
| 12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung? | <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input checked="" type="checkbox"/> | |

| M/Info | |
|--|--|
| 12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung? | <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input checked="" type="checkbox"/> | |

| | | | | |
|--------------|--|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| | M/T7/B | ja | nein | |
| 12.5 | Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <hr/> | | | | |
| | M/T10/B | ja | nein | |
| 12.6 | Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <hr/> | | | | |
| | M/T8/B | ja | nein | t.n.z. |
| 12.7 | Werden bei Einschränkungen der selbstständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <hr/> | | | | |
| | M/T11/B | ja | nein | t.n.z. |
| 12.8 | Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbstständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <hr/> | | | | |
| | M/T9/B | ja | nein | |
| 12.9 | Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <hr/> | | | | |
| | M/T12/B | ja | nein | |
| 12.10 | Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <hr/> | | | | |
| | M/T28/B | ja | nein | t.n.z. |
| 12.11 | Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Kapitel 13. Harninkontinenz

| M/Info | |
|---|---|
| 13.1 Der Bewohner ist versorgt mit: <input checked="" type="checkbox"/> t. n. z. | |
| | Beschreibung (Zustand Katheter, Eintrittsstelle, Verband) |
| a. <input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter | |
| b. <input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter | |
| c. <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten | <input type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen |
| d. <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln | |
| e. <input type="checkbox"/> Sonstigem | |

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

| M/T16/B | | ja | nein | t.n.z. |
|--|--|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 13.3 Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkateter individuelle Risiken und Ressourcen erfasst? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| M/T17/B | | ja | nein | t.n.z. |
|--|--|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 13.4 Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkateter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Kapitel 14. Umgang mit Demenz

| M/Info | | |
|---|--|-------------------------------|
| 14.1 Orientierung und Kommunikation | | |
| a. sinnvolles Gespräch möglich | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| b. nonverbale Kommunikation möglich | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| c. Orientierung in allen Qualitäten vorhanden | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

| M/T33/B | | ja | nein | t.n.z. |
|---------|--|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 14.2 | Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| M/T34/B | | ja | nein | t.n.z. |
|---------|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 14.3 | Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und Betreuung einbezogen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| M/T35/B | | ja | nein | t.n.z. |
|---------|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 14.4 | Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| M/T40/B | | ja | nein | t.n.z. |
|---------|--|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 14.5 | Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/ Beschäftigungsangebote gemacht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| M/T36/B | | ja | nein | t.n.z. |
|---------|--|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 14.6 | Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Kapitel 15. Körperpflege

| M/Info | |
|---|--|
| 15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut | |
| | Beschreibung |
| a. <input checked="" type="checkbox"/> normal | (Beschreibung nicht erforderlich) |
| b. <input type="checkbox"/> Besonderheiten | <i>(Haare, Fuß-/Fingernägel, Zehenzwischenräume, Hautfalten, Bauchnabel)</i> |
| | |

M/T29/B

ja nein t.n.z.

15.2 Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?

M/Info

15.3 Mundzustand/Zähne

| | Beschreibung |
|--|--|
| a. <input checked="" type="checkbox"/> normal | <i>(Beschreibung nicht erforderlich)</i> |
| b. <input type="checkbox"/> Schleimhaut trocken | |
| c. <input type="checkbox"/> borkige Beläge | |
| d. <input type="checkbox"/> Schleimhautdefekte | |
| e. <input type="checkbox"/> Lippen trocken | |
| f. <input type="checkbox"/> Lippen Hautdefekte | |
| g. <input checked="" type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt | |
| h. <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

M/T30/B

ja nein t.n.z.

15.4 Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?

Kapitel 16. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

| | | | | |
|-------------|--|---|----------------------------------|---|
| | M/B | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |
| 16.1 | Wird beim Pflegeprozess die individuelle Betreuung berücksichtigt? | | | |
| | M/T21/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 16.2 | Liegen bei freiheitsentziehenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor? | | | |
| | M/T20/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 16.3 | Wird die Notwendigkeit der freiheitsentziehenden Maßnahmen regelmäßig überprüft? | | | |
| | M/T31/B | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |
| 16.4 | Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt? | | | |
| | M/B | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |
| 16.5 | Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden? | | | |
| | M/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 16.6 | Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden? | | | |

Kapitel 17. Sonstiges

-

Prüfung beim Pflegebedürftigen

Versicherte Person 3

Kapitel 9. Allgemeine Angaben

| M/Info | | | | | |
|----------------------------|------------|---------|----------------------------|-----------------------|--|
| 9.1 Auftragsnummer: | | | 180502VT90000000-000026069 | | |
| Datum | 02.05.2018 | Uhrzeit | 13:01 | Nummer Erhebungsbogen | Prüfung beim Pflegebedürftigen 2018 - Ursula.Pordzik - 2 |

| M/Info | | | | |
|---|--|-------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 9.2 Angaben zum Bewohner | | | | |
| a. Name | Anonymisiert | | | |
| b. Pflegekasse | DAK-Gesundheit | | | |
| c. Pflege-/Wohnbereich | | | | |
| d. Geburtsjahr | 1924 | | | |
| e. Einzugsdatum | 26.07.2017 | | | |
| f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung | Demenz, Zustand nach Bypass Operation, Lymphödem im rechten Bein | | | |
| g. Pflegegrad | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| h. Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor? | | | | |
| ja <input checked="" type="checkbox"/> | | nein <input type="checkbox"/> | | |
| i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter) | | | | |
| ja <input checked="" type="checkbox"/> | | nein <input type="checkbox"/> | | |
| j. Vorhandene Unterlagen | aktuelle Dokumentation | | | |

M/Info

9.3 Anwesende Person

| | | |
|----|---|---|
| a. | Name des Gutachters | Ursula Pordzik |
| b. | Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung | Pflegefachkraft; verantwortliche Pflegefachkraft des ambulanten Dienstes des gleichen Trägers |
| c. | Name des Mitarbeiters | |
| d. | sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer) | |

Kapitel 10. Behandlungspflege

| | | | | |
|-------------|---|--------------------------------|----------------------------------|---|
| | M/T22/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.1 | Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar? | | | |

| | | | | |
|-------------|---|--------------------------------|----------------------------------|---|
| | M/T23/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.2 | Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen? | | | |

| | | | | |
|-------------|--|---|----------------------------------|------------------------------------|
| | M/T24/B | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input type="checkbox"/> |
| 10.3 | Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen? | | | |

| | | | | |
|-------------|---|---|----------------------------------|------------------------------------|
| | M/T25/B | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input type="checkbox"/> |
| 10.4 | Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung? | | | |

| | | | | |
|-------------|---|---|----------------------------------|------------------------------------|
| | M/T26/B | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input type="checkbox"/> |
| 10.5 | Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht? | | | |

| | |
|--|---|
| M/Info | |
| 10.6 | Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen? <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| Ja: akute Schmerzen <input type="checkbox"/> chronische Schmerzen <input type="checkbox"/> | |
| Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input checked="" type="checkbox"/> | |

| | | | | |
|-------------|--|--------------------------------|----------------------------------|---|
| | M/T13/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.7 | Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung? | | | |

| | | | | |
|-------------|--|--------------------------------|----------------------------------|---|
| | M/T14/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.8 | Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt? | | | |

| | | | | |
|-------------|--|--------------------------------|----------------------------------|---|
| | M/T15/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.9 | Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente? | | | |

| | | | | |
|--------------|---|--------------------------------|----------------------------------|---|
| | M/T27/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.10 | Sind Kompressionsstrümpfe/ -verbände sachgerecht angelegt? | | | |

| | | M/B | ja | nein | t.n.z. |
|-------|---|-----|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 10.11 | Ist der Umgang mit Tracheostoma/Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | M/Info |
|-------|----------------------------------|--|
| 10.12 | Beschreibung vorliegender Wunden | <input checked="" type="checkbox"/> t. n. z. |

| | | M/Info |
|-------|--|--|
| 10.13 | Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente) | <input checked="" type="checkbox"/> t.n.z. |

| | | M/T3/B | ja | nein | t.n.z. |
|-------|---|--------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 10.14 | Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus dokumentiert? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | M/T5/B | ja | nein | t.n.z. |
|-------|--|--------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 10.15 | Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | M/T4/B | ja | nein | t.n.z. |
|-------|--|--------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 10.16 | Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | M/T6/B | ja | nein | t.n.z. |
|-------|---|--------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 10.17 | Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z.B. Wunddokumentation) ausgewertet, ggf. der Arzt informiert und die Maßnahmen angepasst? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Kapitel 11. Mobilität

| M/Info |
|--|
| 11.1 Bewohner angetroffen: |
| a. <input type="checkbox"/> liegend <input checked="" type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> stehend |
| b. <input checked="" type="checkbox"/> Tageskleidung <input type="checkbox"/> Nachtwäsche |

| M/Info | |
|--|--|
| 11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt | ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Beschreibung |
| a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten | |
| b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten | |
| c. Lageveränderung im Bett | |
| d. Aufstehen | |
| e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen | |
| f. Stehen | |
| g. Gehen | |

| M/Info | |
|--|--|
| 11.3 Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor? | <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input checked="" type="checkbox"/> | |

M/T18/B

ja
 ja nein

11.4 Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?

M/T19/B

ja nein t.n.z.

11.5 Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?

M/Info

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?

 ja nein

Von:

Gutachter beurteilt Einrichtung übernommen

M/T1/B

ja nein

11.7 Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?

M/T2/B

ja nein t.n.z.

11.8 Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?

Kapitel 12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

| M/Info | | | | |
|--|---|------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 12.1 Gewicht Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung | | | | |
| a. Gewicht | | aktuell | vor ca. 3 Mon. | vor ca. 6 Mon. |
| | Datum | 03.04.2018 | 02.01.2018 | 01.11.2017 |
| | kg | 72 | 72 | 70 |
| | | | <input type="checkbox"/> t.n.z. | <input type="checkbox"/> t.n.z. |
| b. Aktuelle Größe in cm | 154 | | | |
| c. Aktueller BMI (kg/m ²) | 30,36 | | | |
| d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten | <input type="checkbox"/> zugenommen <input checked="" type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input type="checkbox"/> 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 | | | |

| M/Info | | | | | |
|-------------|---|--|----------|-----------|--|
| 12.2 | Der Bewohner ist versorgt mit: | | | | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| a. | <input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde | Beschreibung <input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus | | | |
| | Nahrung | | kcal/24h | Flussrate | ml/h |
| | Flüssigkeit | | ml/24h | Flussrate | ml/h |
| | (Zustand Sonde, Eintrittsstelle, Verband) | | | | |
| b. | <input type="checkbox"/> Subkutaner Infusion | | | | |
| c. | <input type="checkbox"/> i.v.-Infusion | | | | |
| d. | <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln | | | | |
| e. | <input type="checkbox"/> Sonstigem | | | | |

| M/Info | |
|--|--|
| 12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung? | <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input checked="" type="checkbox"/> | |

| M/Info | |
|--|--|
| 12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung? | <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input checked="" type="checkbox"/> | |

| | | | | |
|--------------|--|---|----------------------------------|---|
| | M/T7/B | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |
| 12.5 | Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst? | | | |
| | M/T10/B | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |
| 12.6 | Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst? | | | |
| | M/T8/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 12.7 | Werden bei Einschränkungen der selbstständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt? | | | |
| | M/T11/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 12.8 | Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbstständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt? | | | |
| | M/T9/B | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |
| 12.9 | Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? | | | |
| | M/T12/B | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |
| 12.10 | Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? | | | |
| | M/T28/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 12.11 | Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt? | | | |

Kapitel 13. Harninkontinenz

| M/Info | |
|---|---|
| 13.1 Der Bewohner ist versorgt mit: <input checked="" type="checkbox"/> t. n. z. | |
| | Beschreibung (Zustand Katheter, Eintrittsstelle, Verband) |
| a. <input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter | |
| b. <input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter | |
| c. <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten | <input type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen |
| d. <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln | |
| e. <input type="checkbox"/> Sonstigem | |

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

| M/T16/B | | ja | nein | t.n.z. |
|-------------|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 13.3 | Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkateter individuelle Risiken und Ressourcen erfasst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| M/T17/B | | ja | nein | t.n.z. |
|-------------|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 13.4 | Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkateter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Kapitel 14. Umgang mit Demenz

| M/Info | | |
|---|--|--|
| 14.1 Orientierung und Kommunikation | | |
| a. sinnvolles Gespräch möglich | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| b. nonverbale Kommunikation möglich | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| c. Orientierung in allen Qualitäten vorhanden | <input type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> nein |

| M/T33/B | | ja | nein | t.n.z. |
|---------|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.2 | Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T34/B | | ja | nein | t.n.z. |
|---------|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.3 | Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und Betreuung einbezogen? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T35/B | | ja | nein | t.n.z. |
|---------|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.4 | Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T40/B | | ja | nein | t.n.z. |
|---------|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.5 | Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/ Beschäftigungsangebote gemacht? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T36/B | | ja | nein | t.n.z. |
|---------|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.6 | Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kapitel 15. Körperpflege

| M/Info | |
|---|--|
| 15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut | |
| | Beschreibung |
| a. <input checked="" type="checkbox"/> normal | (Beschreibung nicht erforderlich) |
| b. <input type="checkbox"/> Besonderheiten | <i>(Haare, Fuß-/Fingernägel, Zehenzwischenräume, Hautfalten, Bauchnabel)</i> |
| | |

M/T29/B

ja nein t.n.z.

15.2 Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?

M/Info

15.3 Mundzustand/Zähne

| | Beschreibung |
|---|--|
| a. <input checked="" type="checkbox"/> normal | <i>(Beschreibung nicht erforderlich)</i> |
| b. <input type="checkbox"/> Schleimhaut trocken | |
| c. <input type="checkbox"/> borkige Beläge | |
| d. <input type="checkbox"/> Schleimhautdefekte | |
| e. <input type="checkbox"/> Lippen trocken | |
| f. <input type="checkbox"/> Lippen Hautdefekte | |
| g. <input type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt | |
| h. <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

M/T30/B

ja nein t.n.z.

15.4 Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?

Kapitel 16. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

| | | | | |
|-------------|--|---|----------------------------------|---|
| | M/B | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |
| 16.1 | Wird beim Pflegeprozess die individuelle Betreuung berücksichtigt? | | | |
| | M/T21/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 16.2 | Liegen bei freiheitsentziehenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor? | | | |
| | M/T20/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 16.3 | Wird die Notwendigkeit der freiheitsentziehenden Maßnahmen regelmäßig überprüft? | | | |
| | M/T31/B | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |
| 16.4 | Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt? | | | |
| | M/B | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |
| 16.5 | Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden? | | | |
| | M/B | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input type="checkbox"/> |
| 16.6 | Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden? | | | |

Kapitel 17. Sonstiges

-

Prüfung beim Pflegebedürftigen

Versicherte Person 4

Kapitel 9. Allgemeine Angaben

| M/Info | | | | | |
|----------------------------|------------|---------|----------------------------|-----------------------|--|
| 9.1 Auftragsnummer: | | | 180502VT90000000-000026069 | | |
| Datum | 02.05.2018 | Uhrzeit | 13:22 | Nummer Erhebungsbogen | Prüfung beim Pflegebedürftigen 2018 - Ursula.Pordzik - 3 |

| M/Info | | | | |
|---|--|---|----------------------------|----------------------------|
| 9.2 Angaben zum Bewohner | | | | |
| a. Name | Anonymisiert | | | |
| b. Pflegekasse | AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen | | | |
| c. Pflege-/Wohnbereich | | | | |
| d. Geburtsjahr | 1936 | | | |
| e. Einzugsdatum | 12.09.2014 | | | |
| f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung | Osteoporose, Vorhofflimmern, insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ II | | | |
| g. Pflegegrad | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input checked="" type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| h. Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor? | | | | |
| ja <input type="checkbox"/> | | nein <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter) | | | | |
| ja <input checked="" type="checkbox"/> | | nein <input type="checkbox"/> | | |
| j. Vorhandene Unterlagen | aktuelle Dokumentation | | | |

M/Info

9.3 Anwesende Person

| | | |
|----|---|---|
| a. | Name des Gutachters | Ursula Pordzik |
| b. | Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung | Pflegefachkraft; verantwortliche Pflegefachkraft des ambulanten Dienstes des gleichen Trägers |
| c. | Name des Mitarbeiters | |
| d. | sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer) | |

Kapitel 10. Behandlungspflege

| | | | | |
|---------------|--|---|----------------------------------|---|
| | M/T22/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.1 | Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar? | | | |
| | M/T23/B | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input type="checkbox"/> |
| 10.2 | Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen? | | | |
| | M/T24/B | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input type="checkbox"/> |
| 10.3 | Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen? | | | |
| | M/T25/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.4 | Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung? | | | |
| | M/T26/B | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input type="checkbox"/> |
| 10.5 | Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht? | | | |
| M/Info | | | | |
| 10.6 | Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen? | <input checked="" type="checkbox"/> nein | | |
| | Ja: | | | |
| | akute Schmerzen | <input type="checkbox"/> | | |
| | chronische Schmerzen | <input type="checkbox"/> | | |
| | Von: | | | |
| | Gutachter beurteilt | <input type="checkbox"/> | | |
| | Einrichtung übernommen | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| | M/T13/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.7 | Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung? | | | |
| | M/T14/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.8 | Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt? | | | |
| | M/T15/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.9 | Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente? | | | |
| | M/T27/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.10 | Sind Kompressionsstrümpfe/ -verbände sachgerecht angelegt? | | | |

| | | M/B | ja | nein | t.n.z. |
|-------|---|-----|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 10.11 | Ist der Umgang mit Tracheostoma/Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | M/Info |
|-------|----------------------------------|--|
| 10.12 | Beschreibung vorliegender Wunden | <input checked="" type="checkbox"/> t. n. z. |

| | | M/Info |
|-------|--|--|
| 10.13 | Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente) | <input checked="" type="checkbox"/> t.n.z. |

| | | M/T3/B | ja | nein | t.n.z. |
|-------|---|--------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 10.14 | Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus dokumentiert? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | M/T5/B | ja | nein | t.n.z. |
|-------|--|--------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 10.15 | Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | M/T4/B | ja | nein | t.n.z. |
|-------|--|--------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 10.16 | Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | M/T6/B | ja | nein | t.n.z. |
|-------|---|--------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 10.17 | Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z.B. Wunddokumentation) ausgewertet, ggf. der Arzt informiert und die Maßnahmen angepasst? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Kapitel 11. Mobilität

| M/Info | |
|--|--|
| 11.1 Bewohner angetroffen: | |
| a. <input type="checkbox"/> liegend | <input checked="" type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> stehend |
| b. <input checked="" type="checkbox"/> Tageskleidung | <input type="checkbox"/> Nachtwäsche |

| M/Info | |
|--|--|
| 11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt | ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| | Beschreibung |
| a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten | Keine Einschränkungen |
| b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten | Kraftminderung beider Beine, keine Bewegungseinschränkung in den Gelenken beidseits. |
| c. Lageveränderung im Bett | Die Lageveränderung im Bett erfolgt selbständig. |
| d. Aufstehen | Das Aufstehen erfolgt selbständig mit Abstützen. |
| e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen | Freier Sitz ist möglich, die Sitzposition kann selbständig umfangreich verändert werden. |
| f. Stehen | Freier Stand ist möglich. |
| g. Gehen | Das Gangbild ist verlangsamt und unsicher, die Fortbewegung erfolgt innerhalb der Pflegeeinrichtung mit Hilfe eines Gehstocks. Außerhalb der Pflegeeinrichtung erfolgt die Fortbewegung mit Hilfe eines Rollators. |

| M/Info | |
|---|--|
| 11.3 Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor? | <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Von: | |
| Gutachter beurteilt | <input type="checkbox"/> |
| Einrichtung übernommen | <input checked="" type="checkbox"/> |

M/T18/Bja nein **11.4 Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?****M/T19/B**ja nein t.n.z. **11.5 Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?**

M/Info

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor? ja nein

Von:

Gutachter beurteilt Einrichtung übernommen **M/T1/B**ja nein **11.7 Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?****M/T2/B**ja nein t.n.z. **11.8 Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?**

Kapitel 12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

| M/Info | | | | |
|--|---|------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 12.1 Gewicht Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung | | | | |
| a. Gewicht | | aktuell | vor ca. 3 Mon. | vor ca. 6 Mon. |
| | Datum | 03.04.2018 | 02.01.2018 | 01.12.2017 |
| | kg | 84 | 80 | 81 |
| | | | <input type="checkbox"/> t.n.z. | <input type="checkbox"/> t.n.z. |
| b. Aktuelle Größe in cm | 153 | | | |
| c. Aktueller BMI (kg/m ²) | 35,88 | | | |
| d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten | <input checked="" type="checkbox"/> zugenommen <input type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input type="checkbox"/> 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 | | | |

M/Info

| | | | | | | |
|-------------|---|--|--|-----------|--|--|
| 12.2 | Der Bewohner ist versorgt mit: | | | | | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| a. | <input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde | | Beschreibung <input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus | | | |
| | Nahrung | | kcal/24h | Flussrate | | ml/h |
| | Flüssigkeit | | ml/24h | Flussrate | | ml/h |
| | (Zustand Sonde, Eintrittsstelle, Verband) | | | | | |
| b. | <input type="checkbox"/> Subkutaner Infusion | | | | | |
| c. | <input type="checkbox"/> i.v.-Infusion | | | | | |
| d. | <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln | | | | | |
| e. | <input type="checkbox"/> Sonstigem | | | | | |

M/Info

| | | | | |
|-------------|---|-------------------------------------|-----------------------------|--|
| 12.3 | Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung? | | <input type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| Von: | Gutachter beurteilt | <input type="checkbox"/> | | |
| | Einrichtung übernommen | <input checked="" type="checkbox"/> | | |

M/Info

| | | | | |
|-------------|--|-------------------------------------|-----------------------------|--|
| 12.4 | Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung? | | <input type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| Von: | Gutachter beurteilt | <input type="checkbox"/> | | |
| | Einrichtung übernommen | <input checked="" type="checkbox"/> | | |

| | | | | |
|-------------|---|-------------------------------------|--------------------------|--|
| | M/T7/B | ja | nein | |
| 12.5 | Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | | | | |
|-------------|--|-------------------------------------|--------------------------|--|
| | M/T10/B | ja | nein | |
| 12.6 | Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | | | | |
|-------------|--|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| | M/T8/B | ja | nein | t.n.z. |
| 12.7 | Werden bei Einschränkungen der selbstständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | | | |
|-------------|--|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| | M/T11/B | ja | nein | t.n.z. |
| 12.8 | Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbstständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | | | |
|-------------|---|-------------------------------------|--------------------------|--|
| | M/T9/B | ja | nein | |
| 12.9 | Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | | | | |
|--------------|--|-------------------------------------|--------------------------|--|
| | M/T12/B | ja | nein | |
| 12.10 | Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | | | | |
|--------------|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| | M/T28/B | ja | nein | t.n.z. |
| 12.11 | Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Kapitel 13. Harninkontinenz

| M/Info | |
|---|---|
| 13.1 Der Bewohner ist versorgt mit: <input checked="" type="checkbox"/> t. n. z. | |
| | Beschreibung (Zustand Katheter, Eintrittsstelle, Verband) |
| a. <input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter | |
| b. <input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter | |
| c. <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten | <input type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen |
| d. <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln | |
| e. <input type="checkbox"/> Sonstigem | |

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

| M/T16/B | | ja | nein | t.n.z. |
|-------------|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 13.3 | Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkateter individuelle Risiken und Ressourcen erfasst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| M/T17/B | | ja | nein | t.n.z. |
|-------------|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 13.4 | Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkateter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Kapitel 14. Umgang mit Demenz

| M/Info | | |
|---|--|-------------------------------|
| 14.1 Orientierung und Kommunikation | | |
| a. sinnvolles Gespräch möglich | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| b. nonverbale Kommunikation möglich | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| c. Orientierung in allen Qualitäten vorhanden | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

| M/T33/B | | ja | nein | t.n.z. |
|---------|--|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 14.2 | Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| M/T34/B | | ja | nein | t.n.z. |
|---------|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 14.3 | Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und Betreuung einbezogen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| M/T35/B | | ja | nein | t.n.z. |
|---------|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 14.4 | Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| M/T40/B | | ja | nein | t.n.z. |
|---------|--|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 14.5 | Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/ Beschäftigungsangebote gemacht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| M/T36/B | | ja | nein | t.n.z. |
|---------|--|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 14.6 | Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Kapitel 15. Körperpflege

| M/Info | |
|---|--|
| 15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut | |
| | Beschreibung |
| a. <input checked="" type="checkbox"/> normal | (Beschreibung nicht erforderlich) |
| b. <input type="checkbox"/> Besonderheiten | <i>(Haare, Fuß-/Fingernägel, Zehenzwischenräume, Hautfalten, Bauchnabel)</i> |
| | |

M/T29/B

ja nein t.n.z.

15.2 Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?

M/Info

15.3 Mundzustand/Zähne

| | Beschreibung |
|--|--|
| a. <input checked="" type="checkbox"/> normal | <i>(Beschreibung nicht erforderlich)</i> |
| b. <input type="checkbox"/> Schleimhaut trocken | |
| c. <input type="checkbox"/> borkige Beläge | |
| d. <input type="checkbox"/> Schleimhautdefekte | |
| e. <input type="checkbox"/> Lippen trocken | |
| f. <input type="checkbox"/> Lippen Hautdefekte | |
| g. <input checked="" type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt | im Oberkiefer |
| h. <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

M/T30/B

ja nein t.n.z.

15.4 Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?

Kapitel 16. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

| | | | | |
|-------------|--|---|----------------------------------|---|
| | M/B | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |
| 16.1 | Wird beim Pflegeprozess die individuelle Betreuung berücksichtigt? | | | |
| <hr/> | | | | |
| | M/T21/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 16.2 | Liegen bei freiheitsentziehenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor? | | | |
| <hr/> | | | | |
| | M/T20/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 16.3 | Wird die Notwendigkeit der freiheitsentziehenden Maßnahmen regelmäßig überprüft? | | | |
| <hr/> | | | | |
| | M/T31/B | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |
| 16.4 | Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt? | | | |
| <hr/> | | | | |
| | M/B | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |
| 16.5 | Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden? | | | |
| <hr/> | | | | |
| | M/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 16.6 | Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden? | | | |

Kapitel 17. Sonstiges

-

Prüfung beim Pflegebedürftigen

Versicherte Person 5

Kapitel 9. Allgemeine Angaben

| M/Info | | | | | |
|----------------------------|------------|---------|-------|----------------------------|--|
| 9.1 Auftragsnummer: | | | | 180502VT90000000-000026069 | |
| Datum | 02.05.2018 | Uhrzeit | 13:35 | Nummer Erhebungsbogen | Prüfung beim Pflegebedürftigen 2018 - Ursula.Pordzik - 4 |

| M/Info | | | | |
|---|--|-------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|
| 9.2 Angaben zum Bewohner | | | | |
| a. Name | Anonymisiert | | | |
| b. Pflegekasse | Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB) | | | |
| c. Pflege-/Wohnbereich | | | | |
| d. Geburtsjahr | 1934 | | | |
| e. Einzugsdatum | 29.09.2017 | | | |
| f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung | Demenz, Parkinson Syndrom, Zustand nach mehrfachen Stentimplantationen, Marcumar Behandlung, Atemnot bei Belastung | | | |
| g. Pflegegrad | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input checked="" type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| h. Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor? | | | | |
| ja <input checked="" type="checkbox"/> | | nein <input type="checkbox"/> | | |
| i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter) | | | | |
| ja <input checked="" type="checkbox"/> | | nein <input type="checkbox"/> | | |
| j. Vorhandene Unterlagen | aktuelle Dokumentation | | | |

M/Info

9.3 Anwesende Person

| | | |
|----|---|---|
| a. | Name des Gutachters | Ursula Pordzik |
| b. | Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung | Pflegefachkraft; verantwortliche Pflegefachkraft des ambulanten Dienstes des gleichen Trägers |
| c. | Name des Mitarbeiters | |
| d. | sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer) | |

Kapitel 10. Behandlungspflege

| | | | | |
|-------------|---|--------------------------------|----------------------------------|---|
| | M/T22/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.1 | Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar? | | | |

| | | | | |
|-------------|---|--------------------------------|----------------------------------|---|
| | M/T23/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.2 | Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen? | | | |

| | | | | |
|-------------|--|---|----------------------------------|------------------------------------|
| | M/T24/B | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input type="checkbox"/> |
| 10.3 | Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen? | | | |

| | | | | |
|-------------|---|--------------------------------|----------------------------------|---|
| | M/T25/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.4 | Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung? | | | |

| | | | | |
|-------------|---|---|----------------------------------|------------------------------------|
| | M/T26/B | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input type="checkbox"/> |
| 10.5 | Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht? | | | |

| | |
|--|---|
| M/Info | |
| 10.6 | Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen? <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| Ja: akute Schmerzen <input type="checkbox"/> chronische Schmerzen <input type="checkbox"/> | |
| Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input checked="" type="checkbox"/> | |

| | | | | |
|-------------|--|--------------------------------|----------------------------------|---|
| | M/T13/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.7 | Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung? | | | |

| | | | | |
|-------------|--|--------------------------------|----------------------------------|---|
| | M/T14/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.8 | Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt? | | | |

| | | | | |
|-------------|--|--------------------------------|----------------------------------|---|
| | M/T15/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.9 | Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente? | | | |

| | | | | |
|--------------|---|--------------------------------|----------------------------------|---|
| | M/T27/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.10 | Sind Kompressionsstrümpfe/ -verbände sachgerecht angelegt? | | | |

| | | M/B | ja | nein | t.n.z. |
|-------|---|-----|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 10.11 | Ist der Umgang mit Tracheostoma/Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | M/Info |
|-------|----------------------------------|--|
| 10.12 | Beschreibung vorliegender Wunden | <input checked="" type="checkbox"/> t. n. z. |

| | | M/Info |
|-------|--|--|
| 10.13 | Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente) | <input checked="" type="checkbox"/> t.n.z. |

| | | M/T3/B | ja | nein | t.n.z. |
|-------|---|--------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 10.14 | Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus dokumentiert? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | M/T5/B | ja | nein | t.n.z. |
|-------|--|--------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 10.15 | Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | M/T4/B | ja | nein | t.n.z. |
|-------|--|--------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 10.16 | Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | M/T6/B | ja | nein | t.n.z. |
|-------|---|--------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 10.17 | Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z.B. Wunddokumentation) ausgewertet, ggf. der Arzt informiert und die Maßnahmen angepasst? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Kapitel 11. Mobilität

| M/Info | |
|--|--|
| 11.1 Bewohner angetroffen: | |
| a. <input type="checkbox"/> liegend | <input checked="" type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> stehend |
| b. <input checked="" type="checkbox"/> Tageskleidung | <input type="checkbox"/> Nachtwäsche |

| M/Info | |
|--|--|
| 11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt | ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| | Beschreibung |
| a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten | Keine Einschränkungen. |
| b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten | Keine Einschränkungen in den Gelenken beidseits. Verlangsamte und schwerfällig wirkende Bewegungsabläufe bei einem erhöhten Muskeltonus. |
| c. Lageveränderung im Bett | Die Lageveränderung im Bett erfolgt selbständig mit Haltemöglichkeit an einer Aufrichthilfe. |
| d. Aufstehen | Das Aufstehen erfolgt tagesformabhängig selbständig mit Abstützen bzw. mit personeller Unterstützung. |
| e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen | Freier Sitz ist möglich, die Sitzposition kann selbständig umfangreich verändert werden. |
| f. Stehen | Das Stehen erfolgt mit Haltemöglichkeit. |
| g. Gehen | Das Gangbild ist verlangsamt, unsicher und trippelnd mit Freezing Episoden. Die Fortbewegung erfolgt mit Hilfe eines Rollators bzw. eines Gehstock. Bei längeren Strecken außerhalb der Pflegeeinrichtung erfolgt die Fortbewegung passiv mit Hilfe eines Rollstuhls |

| M/Info | |
|---|--|
| 11.3 Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor? | <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Von: | |
| Gutachter beurteilt | <input type="checkbox"/> |
| Einrichtung übernommen | <input checked="" type="checkbox"/> |

M/T18/B

ja nein

11.4 Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?

M/T19/B

ja nein t.n.z.

11.5 Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?

M/Info

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?

 ja nein

Von:

Gutachter beurteilt Einrichtung übernommen

M/T1/B

ja nein

11.7 Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?

M/T2/B

ja nein t.n.z.

11.8 Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?

Kapitel 12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

| M/Info | | | | |
|--|---|------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 12.1 Gewicht Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung | | | | |
| a. Gewicht | | aktuell | vor ca. 3 Mon. | vor ca. 6 Mon. |
| | Datum | 04.04.2018 | 03.01.2018 | 01.11.2017 |
| | kg | 76 | 79 | 81 |
| | | | <input type="checkbox"/> t.n.z. | <input type="checkbox"/> t.n.z. |
| b. Aktuelle Größe in cm | 166 | | | |
| c. Aktueller BMI (kg/m ²) | 27,58 | | | |
| d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten | <input type="checkbox"/> zugenommen <input checked="" type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input type="checkbox"/> 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 | | | |

Die Gewichtsabnahme ist auf den reduzierten Allgemeinzustand zurück zu führen.

| M/Info | | | | | |
|-------------|---|--|--|-----------|--|
| 12.2 | Der Bewohner ist versorgt mit: | | | | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| a. | <input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde | | Beschreibung <input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus | | |
| | Nahrung | | kcal/24h | Flussrate | ml/h |
| | Flüssigkeit | | ml/24h | Flussrate | ml/h |
| | (Zustand Sonde, Eintrittsstelle, Verband) | | | | |
| b. | <input type="checkbox"/> Subkutaner Infusion | | | | |
| c. | <input type="checkbox"/> i.v.-Infusion | | | | |
| d. | <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln | | | | |
| e. | <input type="checkbox"/> Sonstigem | | | | |

| M/Info | |
|--|--|
| 12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung? | <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input checked="" type="checkbox"/> | |

| M/Info | |
|--|--|
| 12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung? | <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input checked="" type="checkbox"/> | |

| | | | | |
|--------------|--|---|----------------------------------|---|
| | M/T7/B | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |
| 12.5 | Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst? | | | |
| | M/T10/B | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |
| 12.6 | Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst? | | | |
| | M/T8/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 12.7 | Werden bei Einschränkungen der selbstständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt? | | | |
| | M/T11/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 12.8 | Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbstständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt? | | | |
| | M/T9/B | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |
| 12.9 | Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? | | | |
| | M/T12/B | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |
| 12.10 | Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? | | | |
| | M/T28/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 12.11 | Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt? | | | |

Kapitel 13. Harninkontinenz

| M/Info | | |
|--|--|--|
| 13.1 Der Bewohner ist versorgt mit: | | <input type="checkbox"/> t. n. z. |
| | Beschreibung | |
| a. | <input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter | (Zustand Katheter, Eintrittsstelle, Verband) |
| b. | <input checked="" type="checkbox"/> Transurethralem Katheter | |
| c. | <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten | <input type="checkbox"/> offen <input checked="" type="checkbox"/> geschlossen |
| d. | <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln | |
| e. | <input type="checkbox"/> Sonstigem | |

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

| M/T16/B | | ja | nein | t.n.z. |
|-------------|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13.3 | Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkatheter individuelle Risiken und Ressourcen erfasst? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T17/B | | ja | nein | t.n.z. |
|-------------|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13.4 | Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kapitel 14. Umgang mit Demenz

| M/Info | | |
|---|--|--|
| 14.1 Orientierung und Kommunikation | | |
| a. sinnvolles Gespräch möglich | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| b. nonverbale Kommunikation möglich | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| c. Orientierung in allen Qualitäten vorhanden | <input type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> nein |

| M/T33/B | | ja | nein | t.n.z. |
|---------|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.2 | Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T34/B | | ja | nein | t.n.z. |
|---------|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.3 | Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und Betreuung einbezogen? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T35/B | | ja | nein | t.n.z. |
|---------|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.4 | Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T40/B | | ja | nein | t.n.z. |
|---------|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.5 | Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/ Beschäftigungsangebote gemacht? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T36/B | | ja | nein | t.n.z. |
|---------|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.6 | Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kapitel 15. Körperpflege

| M/Info | |
|---|--|
| 15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut | |
| | Beschreibung |
| a. <input checked="" type="checkbox"/> normal | (Beschreibung nicht erforderlich) |
| b. <input type="checkbox"/> Besonderheiten | <i>(Haare, Fuß-/Fingernägel, Zehenzwischenräume, Hautfalten, Bauchnabel)</i> |
| | |

M/T29/B

ja nein t.n.z.

15.2 Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?

M/Info

15.3 Mundzustand/Zähne

| | Beschreibung |
|--|--|
| a. <input checked="" type="checkbox"/> normal | <i>(Beschreibung nicht erforderlich)</i> |
| b. <input type="checkbox"/> Schleimhaut trocken | |
| c. <input type="checkbox"/> borkige Beläge | |
| d. <input type="checkbox"/> Schleimhautdefekte | |
| e. <input type="checkbox"/> Lippen trocken | |
| f. <input type="checkbox"/> Lippen Hautdefekte | |
| g. <input checked="" type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt | |
| h. <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

M/T30/B

ja nein t.n.z.

15.4 Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?

Kapitel 16. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

| | | | | |
|-------------|--|---|----------------------------------|---|
| | M/B | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |
| 16.1 | Wird beim Pflegeprozess die individuelle Betreuung berücksichtigt? | | | |
| | M/T21/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 16.2 | Liegen bei freiheitsentziehenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor? | | | |
| | M/T20/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 16.3 | Wird die Notwendigkeit der freiheitsentziehenden Maßnahmen regelmäßig überprüft? | | | |
| | M/T31/B | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |
| 16.4 | Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt? | | | |
| | M/B | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |
| 16.5 | Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden? | | | |
| | M/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 16.6 | Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden? | | | |

Kapitel 17. Sonstiges

-

Prüfung beim Pflegebedürftigen

Versicherte Person 6

Kapitel 9. Allgemeine Angaben

| M/Info | | | | | |
|----------------------------|------------|---------|----------------------------|-----------------------|--|
| 9.1 Auftragsnummer: | | | 180502VT90000000-000026069 | | |
| Datum | 03.05.2018 | Uhrzeit | 09:51 | Nummer Erhebungsbogen | Prüfung beim Pflegebedürftigen 2018 - Ursula.Pordzik - 5 |

| M/Info | | | | |
|---|---|-------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|
| 9.2 Angaben zum Bewohner | | | | |
| a. Name | Anonymisiert | | | |
| b. Pflegekasse | AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen | | | |
| c. Pflege-/Wohnbereich | | | | |
| d. Geburtsjahr | 1925 | | | |
| e. Einzugsdatum | 01.03.2018 | | | |
| f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung | Demenz, insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ II | | | |
| g. Pflegegrad | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input checked="" type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| h. Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor? | | | | |
| ja <input checked="" type="checkbox"/> | | nein <input type="checkbox"/> | | |
| i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter) | | | | |
| ja <input checked="" type="checkbox"/> | | nein <input type="checkbox"/> | | |
| j. Vorhandene Unterlagen | aktuelle Dokumentation | | | |

M/Info

9.3 Anwesende Person

| | | |
|----|---|--|
| a. | Name des Gutachters | Ursula Pordzik |
| b. | Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung | verantwortliche Pflegefachkraft des ambulanten Dienstes des gleichen Trägers |
| c. | Name des Mitarbeiters | |
| d. | sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer) | |

Kapitel 10. Behandlungspflege

| | | | | |
|---------------|--|---|----------------------------------|---|
| | M/T22/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.1 | Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar? | | | |
| | M/T23/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.2 | Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen? | | | |
| | M/T24/B | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input type="checkbox"/> |
| 10.3 | Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen? | | | |
| | M/T25/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.4 | Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung? | | | |
| | M/T26/B | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input type="checkbox"/> |
| 10.5 | Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht? | | | |
| M/Info | | | | |
| 10.6 | Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen? | <input checked="" type="checkbox"/> nein | | |
| | Ja: | | | |
| | akute Schmerzen | <input type="checkbox"/> | | |
| | chronische Schmerzen | <input type="checkbox"/> | | |
| | Von: | | | |
| | Gutachter beurteilt | <input type="checkbox"/> | | |
| | Einrichtung übernommen | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| | M/T13/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.7 | Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung? | | | |
| | M/T14/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.8 | Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt? | | | |
| | M/T15/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.9 | Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente? | | | |
| | M/T27/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.10 | Sind Kompressionsstrümpfe/ -verbände sachgerecht angelegt? | | | |

| | | M/B | ja | nein | t.n.z. |
|-------|---|-----|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 10.11 | Ist der Umgang mit Tracheostoma/Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | M/Info |
|-------|----------------------------------|--|
| 10.12 | Beschreibung vorliegender Wunden | <input checked="" type="checkbox"/> t. n. z. |

| | | M/Info |
|-------|--|--|
| 10.13 | Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente) | <input checked="" type="checkbox"/> t.n.z. |

| | | M/T3/B | ja | nein | t.n.z. |
|-------|---|--------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 10.14 | Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus dokumentiert? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | M/T5/B | ja | nein | t.n.z. |
|-------|--|--------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 10.15 | Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | M/T4/B | ja | nein | t.n.z. |
|-------|--|--------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 10.16 | Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | M/T6/B | ja | nein | t.n.z. |
|-------|---|--------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 10.17 | Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z.B. Wunddokumentation) ausgewertet, ggf. der Arzt informiert und die Maßnahmen angepasst? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Kapitel 11. Mobilität

| M/Info | |
|--|--|
| 11.1 Bewohner angetroffen: | |
| a. <input type="checkbox"/> liegend | <input checked="" type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> stehend |
| b. <input checked="" type="checkbox"/> Tageskleidung | <input type="checkbox"/> Nachtwäsche |

| M/Info | |
|--|---|
| 11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt | ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| | Beschreibung |
| a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten | Keine Einschränkungen |
| b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten | Klumpfüße und Kraftminderung beider Beine, keine Bewegungseinschränkungen in den Gelenken beidseits. |
| c. Lageveränderung im Bett | Die Lageveränderung im Bett erfolgt selbständig. |
| d. Aufstehen | Das Aufstehen erfolgt tagesformabhängig selbständig mit Abstützen bzw. mit personeller Unterstützung. |
| e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen | Freier Sitz ist möglich, die Sitzposition kann selbständig umfangreich verändert werden. |
| f. Stehen | Das Stehen erfolgt mit Haltemöglichkeit. |
| g. Gehen | Das Gangbild ist verlangsamt und unsicher, niedrige Schritthöhe. Die Fortbewegung erfolgt sicher mit Hilfe eines Rollators. |

Hilfsmittel: orthopädische Schuhe

| M/Info | |
|---|--|
| 11.3 Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor? | <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| Von: | |
| Gutachter beurteilt | <input type="checkbox"/> |
| Einrichtung übernommen | <input checked="" type="checkbox"/> |

M/T18/B

ja
 ja nein

11.4 Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?

M/T19/B

ja nein t.n.z.

11.5 Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?

M/Info

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?

 ja nein

Von:

Gutachter beurteilt Einrichtung übernommen

M/T1/B

ja nein

11.7 Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?

M/T2/B

ja nein t.n.z.

11.8 Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?

Kapitel 12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

| M/Info | | | | |
|--|---|------------|--|--|
| 12.1 Gewicht Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung | | | | |
| a. Gewicht | | aktuell | vor ca. 3 Mon. | vor ca. 6 Mon. |
| | Datum | 19.04.2018 | | |
| | kg | 85 | | |
| | | | <input checked="" type="checkbox"/> t.n.z. | <input checked="" type="checkbox"/> t.n.z. |
| b. Aktuelle Größe in cm | 163 | | | |
| c. Aktueller BMI (kg/m ²) | 31,99 | | | |
| d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten | <input type="checkbox"/> zugenommen <input type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input checked="" type="checkbox"/> 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 | | | |

Der Gewichtsverlauf der letzten sechs Monate kann nicht ermittelt werden.
 Der Pflegebedürftige nimmt seit dem 01.03.2018 das Angebot der Tagespflege in Anspruch.

| M/Info | | | | | |
|-------------|---|--|----------|-----------|--|
| 12.2 | Der Bewohner ist versorgt mit: | | | | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| a. | <input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde | Beschreibung <input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus | | | |
| | Nahrung | | kcal/24h | Flussrate | ml/h |
| | Flüssigkeit | | ml/24h | Flussrate | ml/h |
| | (Zustand Sonde, Eintrittsstelle, Verband) | | | | |
| b. | <input type="checkbox"/> Subkutaner Infusion | | | | |
| c. | <input type="checkbox"/> i.v.-Infusion | | | | |
| d. | <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln | | | | |
| e. | <input type="checkbox"/> Sonstigem | | | | |

| M/Info | |
|--|--|
| 12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung? | <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input checked="" type="checkbox"/> | |

| M/Info | |
|--|--|
| 12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung? | <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input checked="" type="checkbox"/> | |

| | | | | |
|--------------|--|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| | M/T7/B | ja | nein | |
| 12.5 | Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <hr/> | | | | |
| | M/T10/B | ja | nein | |
| 12.6 | Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <hr/> | | | | |
| | M/T8/B | ja | nein | t.n.z. |
| 12.7 | Werden bei Einschränkungen der selbstständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <hr/> | | | | |
| | M/T11/B | ja | nein | t.n.z. |
| 12.8 | Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbstständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <hr/> | | | | |
| | M/T9/B | ja | nein | |
| 12.9 | Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <hr/> | | | | |
| | M/T12/B | ja | nein | |
| 12.10 | Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <hr/> | | | | |
| | M/T28/B | ja | nein | t.n.z. |
| 12.11 | Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Kapitel 13. Harninkontinenz

| M/Info | |
|--|--|
| 13.1 Der Bewohner ist versorgt mit: <input type="checkbox"/> t. n. z. | |
| | Beschreibung (Zustand Katheter, Eintrittsstelle, Verband) |
| a. <input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter | |
| 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 | |
| e. <input type="checkbox"/> Sonstigem | |

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

| M/T16/B | | ja | nein | t.n.z. |
|-------------|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13.3 | Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkatheter individuelle Risiken und Ressourcen erfasst? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T17/B | | ja | nein | t.n.z. |
|-------------|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13.4 | Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kapitel 14. Umgang mit Demenz

| M/Info | | |
|---|--|--|
| 14.1 Orientierung und Kommunikation | | |
| a. sinnvolles Gespräch möglich | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| b. nonverbale Kommunikation möglich | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| c. Orientierung in allen Qualitäten vorhanden | <input type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> nein |

| M/T33/B | | ja | nein | t.n.z. |
|---------|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.2 | Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T34/B | | ja | nein | t.n.z. |
|---------|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.3 | Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und Betreuung einbezogen? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T35/B | | ja | nein | t.n.z. |
|---------|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.4 | Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T40/B | | ja | nein | t.n.z. |
|---------|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.5 | Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/ Beschäftigungsangebote gemacht? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T36/B | | ja | nein | t.n.z. |
|---------|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.6 | Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kapitel 15. Körperpflege

| M/Info | |
|---|--|
| 15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut | |
| | Beschreibung |
| a. <input checked="" type="checkbox"/> normal | (Beschreibung nicht erforderlich) |
| b. <input type="checkbox"/> Besonderheiten | <i>(Haare, Fuß-/Fingernägel, Zehenzwischenräume, Hautfalten, Bauchnabel)</i> |
| | |

M/T29/B

ja nein t.n.z.

15.2 Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?

M/Info

15.3 Mundzustand/Zähne

| | Beschreibung |
|--|--|
| a. <input checked="" type="checkbox"/> normal | <i>(Beschreibung nicht erforderlich)</i> |
| b. <input type="checkbox"/> Schleimhaut trocken | |
| c. <input type="checkbox"/> borkige Beläge | |
| d. <input type="checkbox"/> Schleimhautdefekte | |
| e. <input type="checkbox"/> Lippen trocken | |
| f. <input type="checkbox"/> Lippen Hautdefekte | |
| g. <input checked="" type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt | |
| h. <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

M/T30/B

ja nein t.n.z.

15.4 Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?

Kapitel 16. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

| | | | | |
|-------------|--|---|----------------------------------|---|
| | M/B | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |
| 16.1 | Wird beim Pflegeprozess die individuelle Betreuung berücksichtigt? | | | |
| | M/T21/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 16.2 | Liegen bei freiheitsentziehenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor? | | | |
| | M/T20/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 16.3 | Wird die Notwendigkeit der freiheitsentziehenden Maßnahmen regelmäßig überprüft? | | | |
| | M/T31/B | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |
| 16.4 | Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt? | | | |
| | M/B | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |
| 16.5 | Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden? | | | |
| | M/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 16.6 | Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden? | | | |

Kapitel 17. Sonstiges

-

Prüfung beim Pflegebedürftigen

Versicherte Person 7

Kapitel 9. Allgemeine Angaben

| M/Info | | | | | |
|----------------------------|------------|---------|-------|----------------------------|--|
| 9.1 Auftragsnummer: | | | | 180502VT90000000-000026069 | |
| Datum | 03.05.2018 | Uhrzeit | 10:25 | Nummer Erhebungsbogen | Prüfung beim Pflegebedürftigen 2018 - Ursula.Pordzik - 6 |

M/Info

9.2 Angaben zum Bewohner

| | | | | |
|----|--|---|---------------------------------------|---|
| a. | Name | Anonymisiert | | |
| b. | Pflegekasse | AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen | | |
| c. | Pflege-/Wohnbereich | | | |
| d. | Geburtsjahr | 1925 | | |
| e. | Einzugsdatum | 31.07.2015 | | |
| f. | Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung | Demenz, Diabetes mellitus Typ II, Restless Legs Syndrom | | |
| g. | Pflegegrad | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input checked="" type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| h. | Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor? | | | |
| | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | | |
| i. | Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter) | | | |
| | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | | |
| j. | Vorhandene Unterlagen | aktuelle Dokumentation | | |

M/Info

9.3 Anwesende Person

| | | |
|----|---|--|
| a. | Name des Gutachters | Ursula Pordzik |
| b. | Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung | verantwortliche Pflegefachkraft des ambulanten Dienstes des gleichen Trägers |
| c. | Name des Mitarbeiters | |
| d. | sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer) | |

Kapitel 10. Behandlungspflege

| | | | | |
|-------------|---|--------------------------------|----------------------------------|---|
| | M/T22/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.1 | Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar? | | | |

| | | | | |
|-------------|---|--------------------------------|----------------------------------|---|
| | M/T23/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.2 | Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen? | | | |

| | | | | |
|-------------|--|---|----------------------------------|------------------------------------|
| | M/T24/B | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input type="checkbox"/> |
| 10.3 | Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen? | | | |

| | | | | |
|-------------|---|--------------------------------|----------------------------------|---|
| | M/T25/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.4 | Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung? | | | |

| | | | | |
|-------------|---|---|----------------------------------|------------------------------------|
| | M/T26/B | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input type="checkbox"/> |
| 10.5 | Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht? | | | |

| | |
|--|---|
| M/Info | |
| 10.6 | Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen? <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| Ja: akute Schmerzen <input type="checkbox"/> chronische Schmerzen <input type="checkbox"/> | |
| Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input checked="" type="checkbox"/> | |

| | | | | |
|-------------|--|--------------------------------|----------------------------------|---|
| | M/T13/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.7 | Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung? | | | |

| | | | | |
|-------------|--|--------------------------------|----------------------------------|---|
| | M/T14/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.8 | Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt? | | | |

| | | | | |
|-------------|--|--------------------------------|----------------------------------|---|
| | M/T15/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.9 | Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente? | | | |

| | | | | |
|--------------|---|--------------------------------|----------------------------------|---|
| | M/T27/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.10 | Sind Kompressionsstrümpfe/ -verbände sachgerecht angelegt? | | | |

| | | M/B | ja | nein | t.n.z. |
|-------|---|-----|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 10.11 | Ist der Umgang mit Tracheostoma/Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | M/Info |
|-------|----------------------------------|--|
| 10.12 | Beschreibung vorliegender Wunden | <input checked="" type="checkbox"/> t. n. z. |

| | | M/Info |
|-------|--|--|
| 10.13 | Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente) | <input checked="" type="checkbox"/> t.n.z. |

| | | M/T3/B | ja | nein | t.n.z. |
|-------|---|--------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 10.14 | Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus dokumentiert? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | M/T5/B | ja | nein | t.n.z. |
|-------|--|--------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 10.15 | Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | M/T4/B | ja | nein | t.n.z. |
|-------|--|--------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 10.16 | Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | M/T6/B | ja | nein | t.n.z. |
|-------|---|--------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 10.17 | Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z.B. Wunddokumentation) ausgewertet, ggf. der Arzt informiert und die Maßnahmen angepasst? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Kapitel 11. Mobilität

| M/Info | |
|--|--|
| 11.1 Bewohner angetroffen: | |
| a. <input type="checkbox"/> liegend | <input checked="" type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> stehend |
| b. <input checked="" type="checkbox"/> Tageskleidung | <input type="checkbox"/> Nachtwäsche |

| M/Info | |
|--|--|
| 11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt | ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| | Beschreibung |
| a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten | Keine Einschränkungen |
| b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten | Kraftminderung beider Beine, keine Bewegungseinschränkungen in den Gelenken beidseits. Zeitweilig unkoordinierte Bewegungsabläufe der Beine. |
| c. Lageveränderung im Bett | Die Lageveränderung im Bett erfolgt selbständig. |
| d. Aufstehen | Das Aufstehen erfolgt selbständig mit Abstützen. |
| e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen | Freier Sitz ist möglich, die Sitzposition kann selbständig umfangreich verändert werden. |
| f. Stehen | Das Stehen erfolgt mit Haltemöglichkeit. |
| g. Gehen | Das Gangbild ist verlangsamt und unsicher, niedrige Schritthöhe. Die Fortbewegung erfolgt mit Hilfe eines Rollators. |

| M/Info | |
|---|--|
| 11.3 Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor? | <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Von: | |
| Gutachter beurteilt | <input type="checkbox"/> |
| Einrichtung übernommen | <input checked="" type="checkbox"/> |

M/T18/B

ja nein

11.4 Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?

M/T19/B

ja nein t.n.z.

11.5 Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?

M/Info

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?

 ja nein

Von:

Gutachter beurteilt Einrichtung übernommen

M/T1/B

ja nein

11.7 Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?

M/T2/B

ja nein t.n.z.

11.8 Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?

Kapitel 12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

| M/Info | | | | |
|--|---|------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 12.1 Gewicht Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung | | | | |
| a. Gewicht | | aktuell | vor ca. 3 Mon. | vor ca. 6 Mon. |
| | Datum | 06.04.2018 | 04.01.2018 | 02.11.2017 |
| | kg | 75 | 73 | 71 |
| | | | <input type="checkbox"/> t.n.z. | <input type="checkbox"/> t.n.z. |
| b. Aktuelle Größe in cm | 158 | | | |
| c. Aktueller BMI (kg/m ²) | 30,04 | | | |
| d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten | <input checked="" type="checkbox"/> zugenommen <input type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input type="checkbox"/> 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 | | | |

| M/Info | | | | | |
|-------------|---|--|--|-----------|--|
| 12.2 | Der Bewohner ist versorgt mit: | | | | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| a. | <input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde | | Beschreibung <input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus | | |
| | Nahrung | | kcal/24h | Flussrate | ml/h |
| | Flüssigkeit | | ml/24h | Flussrate | ml/h |
| | (Zustand Sonde, Eintrittsstelle, Verband) | | | | |
| b. | <input type="checkbox"/> Subkutaner Infusion | | | | |
| c. | <input type="checkbox"/> i.v.-Infusion | | | | |
| d. | <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln | | | | |
| e. | <input type="checkbox"/> Sonstigem | | | | |

| M/Info | |
|--|--|
| 12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung? | <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input checked="" type="checkbox"/> | |

| M/Info | |
|--|--|
| 12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung? | <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input checked="" type="checkbox"/> | |

| | | | | |
|--------------|--|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| | M/T7/B | ja | nein | |
| 12.5 | Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <hr/> | | | | |
| | M/T10/B | ja | nein | |
| 12.6 | Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <hr/> | | | | |
| | M/T8/B | ja | nein | t.n.z. |
| 12.7 | Werden bei Einschränkungen der selbstständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <hr/> | | | | |
| | M/T11/B | ja | nein | t.n.z. |
| 12.8 | Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbstständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <hr/> | | | | |
| | M/T9/B | ja | nein | |
| 12.9 | Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <hr/> | | | | |
| | M/T12/B | ja | nein | |
| 12.10 | Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <hr/> | | | | |
| | M/T28/B | ja | nein | t.n.z. |
| 12.11 | Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Kapitel 13. Harninkontinenz

| M/Info | |
|--|--|
| 13.1 Der Bewohner ist versorgt mit: <input type="checkbox"/> t. n. z. | |
| | 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 | |
| e. <input type="checkbox"/> Sonstigem | |

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

| M/T16/B | | ja | nein | t.n.z. |
|-------------|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13.3 | Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkateter individuelle Risiken und Ressourcen erfasst? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T17/B | | ja | nein | t.n.z. |
|-------------|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13.4 | Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkateter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kapitel 14. Umgang mit Demenz

| M/Info | | |
|---|--|--|
| 14.1 Orientierung und Kommunikation | | |
| a. sinnvolles Gespräch möglich | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| b. nonverbale Kommunikation möglich | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| c. Orientierung in allen Qualitäten vorhanden | <input type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> nein |

| M/T33/B | | ja | nein | t.n.z. |
|---------|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.2 | Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T34/B | | ja | nein | t.n.z. |
|---------|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.3 | Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und Betreuung einbezogen? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T35/B | | ja | nein | t.n.z. |
|---------|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.4 | Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T40/B | | ja | nein | t.n.z. |
|---------|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.5 | Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/ Beschäftigungsangebote gemacht? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T36/B | | ja | nein | t.n.z. |
|---------|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.6 | Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kapitel 15. Körperpflege

| M/Info | |
|---|--|
| 15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut | |
| | Beschreibung |
| a. <input checked="" type="checkbox"/> normal | (Beschreibung nicht erforderlich) |
| b. <input type="checkbox"/> Besonderheiten | <i>(Haare, Fuß-/Fingernägel, Zehenzwischenräume, Hautfalten, Bauchnabel)</i> |

M/T29/B

ja nein t.n.z.

15.2 Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?

M/Info

15.3 Mundzustand/Zähne

| | Beschreibung |
|---|--|
| a. <input checked="" type="checkbox"/> normal | <i>(Beschreibung nicht erforderlich)</i> |
| b. <input type="checkbox"/> Schleimhaut trocken | |
| c. <input type="checkbox"/> borkige Beläge | |
| d. <input type="checkbox"/> Schleimhautdefekte | |
| e. <input type="checkbox"/> Lippen trocken | |
| f. <input type="checkbox"/> Lippen Hautdefekte | |
| g. <input type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt | |
| h. <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

M/T30/B

ja nein t.n.z.

15.4 Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?

Kapitel 16. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

| | | | | |
|-------------|--|---|----------------------------------|---|
| | M/B | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |
| 16.1 | Wird beim Pflegeprozess die individuelle Betreuung berücksichtigt? | | | |
| | M/T21/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 16.2 | Liegen bei freiheitsentziehenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor? | | | |
| | M/T20/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 16.3 | Wird die Notwendigkeit der freiheitsentziehenden Maßnahmen regelmäßig überprüft? | | | |
| | M/T31/B | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |
| 16.4 | Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt? | | | |
| | M/B | ja <input checked="" type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |
| 16.5 | Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden? | | | |
| | M/B | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/> |
| 16.6 | Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden? | | | |

Kapitel 17. Sonstiges

-

18. Befragung der Bewohner

In die Befragung wurden 6 Pflegebedürftige (P) einbezogen.

18.3 Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich? (M/T67/B)

| | | |
|---------------|---|------------------|
| immer | 6 | Pflegebedürftige |
| häufig | | Pflegebedürftige |
| gelegentlich | | Pflegebedürftige |
| nie | | Pflegebedürftige |
| keine Angaben | | Pflegebedürftige |

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

| | | |
|---------------|---|------------------|
| immer | 6 | Pflegebedürftige |
| häufig | | Pflegebedürftige |
| gelegentlich | | Pflegebedürftige |
| nie | | Pflegebedürftige |
| t.n.z. | | Pflegebedürftige |
| keine Angaben | | Pflegebedürftige |

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

| | | |
|---------------|---|------------------|
| immer | 2 | Pflegebedürftige |
| häufig | | Pflegebedürftige |
| gelegentlich | | Pflegebedürftige |
| nie | | Pflegebedürftige |
| t.n.z. | | Pflegebedürftige |
| keine Angaben | 4 | Pflegebedürftige |

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

| | | |
|---------------|---|------------------|
| immer | 1 | Pflegebedürftige |
| häufig | | Pflegebedürftige |
| gelegentlich | | Pflegebedürftige |
| nie | | Pflegebedürftige |
| keine Angaben | 5 | Pflegebedürftige |

18.7 Werden Sie von den Mitarbeitern motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen? (M/T62/B)

| | | |
|---------------|---|------------------|
| immer | | Pflegebedürftige |
| häufig | | Pflegebedürftige |
| gelegentlich | | Pflegebedürftige |
| nie | | Pflegebedürftige |
| t.n.z. | 5 | Pflegebedürftige |
| keine Angaben | 1 | Pflegebedürftige |

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

| | | |
|---------------|---|------------------|
| immer | | Pflegebedürftige |
| häufig | | Pflegebedürftige |
| gelegentlich | | Pflegebedürftige |
| nie | | Pflegebedürftige |
| t.n.z. | 5 | Pflegebedürftige |
| keine Angaben | 1 | Pflegebedürftige |

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

| | | |
|---------------|---|------------------|
| immer | | Pflegebedürftige |
| häufig | | Pflegebedürftige |
| gelegentlich | | Pflegebedürftige |
| nie | | Pflegebedürftige |
| t.n.z. | 5 | Pflegebedürftige |
| keine Angaben | 1 | Pflegebedürftige |

18.10 Schmeckt Ihnen das Essen? (M/T70/B)

| | | |
|---------------|---|------------------|
| immer | 5 | Pflegebedürftige |
| häufig | 1 | Pflegebedürftige |
| gelegentlich | | Pflegebedürftige |
| nie | | Pflegebedürftige |
| t.n.z. | | Pflegebedürftige |
| keine Angaben | | Pflegebedürftige |

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

| | | |
|---------------|---|------------------|
| immer | 2 | Pflegebedürftige |
| häufig | | Pflegebedürftige |
| gelegentlich | | Pflegebedürftige |
| nie | | Pflegebedürftige |
| t.n.z. | | Pflegebedürftige |
| keine Angaben | 4 | Pflegebedürftige |

18.12 Sind Sie mit den Essenszeiten zufrieden? (M/T71/B)

| | | |
|---------------|---|------------------|
| immer | 5 | Pflegebedürftige |
| häufig | | Pflegebedürftige |
| gelegentlich | | Pflegebedürftige |
| nie | | Pflegebedürftige |
| t.n.z. | | Pflegebedürftige |
| keine Angaben | 1 | Pflegebedürftige |

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

| | | |
|---------------|---|------------------|
| immer | 6 | Pflegebedürftige |
| häufig | | Pflegebedürftige |
| gelegentlich | | Pflegebedürftige |
| nie | | Pflegebedürftige |
| t.n.z. | | Pflegebedürftige |
| keine Angaben | | Pflegebedürftige |

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

| | | |
|---------------|---|------------------|
| immer | 3 | Pflegebedürftige |
| häufig | | Pflegebedürftige |
| gelegentlich | | Pflegebedürftige |
| nie | | Pflegebedürftige |
| t.n.z. | | Pflegebedürftige |
| keine Angaben | 3 | Pflegebedürftige |

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

| | | |
|---------------|---|------------------|
| immer | 6 | Pflegebedürftige |
| häufig | | Pflegebedürftige |
| gelegentlich | | Pflegebedürftige |
| nie | | Pflegebedürftige |
| t.n.z. | | Pflegebedürftige |
| keine Angaben | | Pflegebedürftige |

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

| | | |
|---------------|---|------------------|
| immer | 2 | Pflegebedürftige |
| häufig | | Pflegebedürftige |
| gelegentlich | | Pflegebedürftige |
| nie | | Pflegebedürftige |
| t.n.z. | | Pflegebedürftige |
| keine Angaben | 4 | Pflegebedürftige |

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

| | |
|---------------|--------------------|
| immer | Pflegebedürftige |
| häufig | Pflegebedürftige |
| gelegentlich | Pflegebedürftige |
| nie | Pflegebedürftige |
| t.n.z. | 4 Pflegebedürftige |
| keine Angaben | 2 Pflegebedürftige |

18.18 Entspricht die Hausreinigung Ihren Erwartungen? (M/T65/B)

| | |
|---------------|--------------------|
| immer | 6 Pflegebedürftige |
| häufig | Pflegebedürftige |
| gelegentlich | Pflegebedürftige |
| nie | Pflegebedürftige |
| keine Angaben | Pflegebedürftige |

18.19 Erhalten Sie die zum Waschen abgegebene Wäsche zeitnah, vollständig und in einwandfreiem Zustand aus der Wäscherei zurück? (M/T77/B)

| | |
|---------------|--------------------|
| immer | Pflegebedürftige |
| häufig | Pflegebedürftige |
| gelegentlich | Pflegebedürftige |
| nie | Pflegebedürftige |
| t.n.z. | 5 Pflegebedürftige |
| keine Angaben | 1 Pflegebedürftige |

18.20 Hat sich für Sie etwas zum Positiven geändert, wenn Sie sich beschwert haben? (M/T64/B)

| | |
|---------------|--------------------|
| immer | Pflegebedürftige |
| häufig | Pflegebedürftige |
| gelegentlich | Pflegebedürftige |
| nie | Pflegebedürftige |
| t.n.z. | 6 Pflegebedürftige |
| keine Angaben | Pflegebedürftige |