

MDK Hessen, Alter Kirchhainer Weg 5, 35039 Marburg

pvquali_marburg@mdk-hessen.de
www.mdk-hessen.de

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

Datum:
07.11.2016

**Qualitätsprüfung gemäß §§ 114 ff SGB XI der Pflegeeinrichtung "apl Tagespflege Schöne
Zeit, Wetzlarer Str. 55, 35638 Leun"
Auftragsnummer 161025TT15000000-000101823**

Sehr geehrte Damen und Herren,

gemäß Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen in Hessen hat der MDK eine Qualitätsprüfung in der unter Betreff genannten Einrichtung durchgeführt.

Prüfmaßstab waren:

§§ 114, 114a und 112 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 10.12.2012" sowie die Qualitätsprüfungsrichtlinie (QPR) vom 17.01.2014.

Sie erhalten den erstellten Prüfbericht als Anlage.

Mit freundlichen Grüßen

MDK Hessen

1. Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

1.1 Auftragsnummer

Auftragsnummer: 161025TT15000000-000101823

1.2 Daten zur Einrichtung

Name: apl Tagespflege Schöne Zeit

Strasse: Wetzlarer Str. 55

PLZ/Ort: 35638 Leun

Institutskennzeichen (IK): 510653282

Telefon: 06473-3279

E-Mail: info@apl-leun.de

Internet-Adresse: www.apl-leun.de

Träger/Inhaber: Uwe Bördner
Wetzlarer Str. 55
35638 Leun

Trägerart: privat

Verband: bpa

Einrichtungsart: Teilstationär

Abschluss Versorgungsvertrag: 01.08.2010

Inbetriebnahme: 01.08.2010

Heimleitung: Uwe Bördner

Verantw. PFK: Uwe Bördner

Stellv. verantw. PFK: Gabi Just

Zertifizierung: liegt nicht vor

E-Mail des Ansprechpartners: nomail@itsg.de

1.3 Daten zur Prüfung

Auftraggeber / Zuständiger Landesverband der Pflegekassen:
vdek

Prüfung durch:
MDK

Prüftermine:
25.10.2016

Gesprächspartner der Einrichtung:
Uwe Bördner (Inhaber und verantwortliche Pflegefachkraft)
Gabi Just (stellv. verantwortliche Pflegefachkraft)

Prüfende(r) Gutachter:
Jutta Fähser-Zipp
Pflegefachkraft, Auditor

Amel Barakovic
Pflegefachkraft, Auditor

Ansprechpartner des MDK / PKV-Prüfdiensts:
Name: Bereich Ext. Qualitätssicherung
E-Mailadresse: pvquali_ousued@mdk-hessen.de

1.4 Prüfungsauftrag nach §§ 114 SGB XI

Anlass: Regelprüfung

Nächtliche Prüfung: nein

Die letzte Qualitätsprüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI erfolgte am 01.04.2015.

Letzte Prüfungen anderer Institutionen:
- Heimrechtliche Aufsichtsbehörde (08.16)

1.5 Art der Einrichtung und Versorgungssituation

Pflegeform	Organisationsform	vorgehaltene Plätze	belegte Plätze
Vollstationäre Pflege	--	0	0
Kurzzeitpflege		0	0
Teilstationäre Pflege - Tag	solitär	14	14
Teilstationäre Pflege - Nacht		0	0
Bewohner im Schwerpunkt		0	0

1.6 Struktur der Wohn- und Pflegebereiche

Wohn-/Pflegebereich	Bereich auf 1 Ebene	Anzahl Bewohner	davon PEA	davon nach SGB XI eingestuft in Pflegestufe					
				keine	I	II	III	davon Härtef.	noch nicht eingestuft
Tagespflege	ja	14	0	2	6	4	2	0	0
Gesamt:		14	0	2	6	4	2	0	0

Die Zufallsstichprobe von jeweils drei Tagespflegegästen aus den Pflegestufen 1 und 2 basiert auf der zu Beginn der Prüfung von der Einrichtung vorgelegten Gästeliste. Zur Stichprobenermittlung wurde die Zahl "drei" gewürfelt. Zudem wurde eine Person der Pflegestufe 3 in die Qualitätsprüfung einbezogen. Die Begutachtung des anderen Gastes der Pflegestufe 3 war nicht möglich, da der gesetzliche Betreuer zur Einverständniserklärung nicht erreicht werden konnte.

Insgesamt wurden sieben Gäste unter pflegerischen und betreuungsspezifischen Gesichtspunkten begutachtet.

1.7 Versorgung (Anzahl Bewohner)

Nach Angabe der Pflegeeinrichtung werden aktuell 2 Tagespflegegäste mit Blasenkatheter versorgt.

- M/Info
- 1.8 Ist ein pflegfachlicher Schwerpunkt vereinbart?** ja nein
- 1.9 Wenn schwerpunktmäßig besondere Personengruppen versorgt werden:
Werden die diesbezüglichen Anforderungen erfüllt?** ja nein t.n.z.
- a. schriftlich dargelegt im Einrichtungskonzept nicht geprüft
- b. Pflegefachkräfte mit schwerpunktspezifischen Kenntnissen (Fort- und/oder Weiterbildung) nicht geprüft
- c. Pflegehilfskräfte mit schwerpunktspezifischen Kenntnissen (Fortbildung) nicht geprüft
- d. vereinbarte Anforderungen an den Schwerpunkt werden umgesetzt nicht geprüft
- M/Info
- 1.10 Werden Zusatzleistungen gemäß § 88 SGB XI von der stationären Pflegeeinrichtung angeboten?** ja nein

- M/Info
- 1.11 Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht?** ja nein

Es werden teilweise folgende Leistungen durch andere Anbieter erbracht, jedoch nicht auf Grundlage von Kooperationsverträgen, sondern per Einkauf nach Bedarf:
Speisen- und Getränkeversorgung: Metzgerei Henncke, Leun und Getränke Oase Reuss, Solms

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

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 aufgeführt. Detaillierte Ergebnisse, insbesondere zu den einzelnen Versicherten, sind in den Anlagen zum Prüfbericht beschrieben.

Kapitel 1 Angaben zur Prüfung:

Zu Beginn der Qualitätsprüfung wurde mit den Einrichtungsvertretern der Prüfungsablauf abgestimmt. Die Strukturdaten wurden, unter Einbeziehung der zur Verfügung gestellten Unterlagen, den Angaben der Einrichtung entsprechend erhoben. Die Einrichtungsvertreter wurden darauf hingewiesen, dass nur die am Prüfungstag vorgelegten Unterlagen bewertet werden.

Die in die Prüfung einbezogenen Versicherten bzw. deren Bevollmächtigte wurden über die Freiwilligkeit der Mitwirkung an der Prüfung gemäß § 114a Abs. 3 und 3a aufgeklärt und die Einwilligungen zur Teilnahme schriftlich dokumentiert.

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

In einem ansprechenden Präsenzmilieu lässt sich ein engagierter und sehr einfühlsamer Umgang mit den Tagespflegegästen beobachten.

Das sehr gute Qualitätsmanagement der Einrichtung stellt sich nachvollziehbar und erfolgreich im Ablauf der Prozesse dar.

Die prüfungsrelevanten Anforderungskriterien der Struktur- und Prozessqualität werden vollständig umgesetzt. In der Ergebnisqualität zeigten sich keine Auffälligkeiten.

Impulsberatungen zu einzelnen Fragestellungen erfolgten jeweils direkt bei der Begutachtung.

3. Maßnahmen und Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten

siehe unter 2 "Zusammenfassende Beurteilung"

Fazit

In dem am 25.10.2016 in der Einrichtung geführten Abschlussgespräch wurde den Einrichtungsvertretern für ihre Kooperation gedankt. Unter den Gesichtspunkten der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität fand eine zusammenfassende Darstellung der Prüfergebnisse statt. Es wurden keine Defizite festgestellt.

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

Das Gutachten wurde mittels EDV erstellt und ist ohne Unterschrift gültig.

Verantwortlich für das Gutachten: Jutta Fähser-Zipp, Pflegefachkraft, Auditorin
Freigabe durch: Jutta Fähser-Zipp

Anlage zum Prüfbericht nach §§ 114 SGB XI

Bei Prüfungen mit reduziertem Prüfumfang sind die Fragen und Kriterien, die nicht zutreffen mit "nicht geprüft" gekennzeichnet.

Inhaltsverzeichnis

Kapitel 2. Allgemeine Angaben

Kapitel 3. Aufbauorganisation Personal

Kapitel 4. Ablauforganisation

Kapitel 5. Qualitätsmanagement

Kapitel 6. Hygiene

Kapitel 7. Verpflegung

Kapitel 8. Soziale Betreuung

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

Kapitel 9. Allgemeine Angaben

Kapitel 10. Behandlungspflege

Kapitel 11. Mobilität

Kapitel 12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Kapitel 13. Urininkontinenz

Kapitel 14. Umgang mit Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

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

2.1 Defizite bei der Ausstattung

Info

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

ja nein

- a. ^{M/T51} Ist die Gestaltung der Bewohnerzimmer z. B. mit eigenen Möbeln, persönlichen Gegenständen und Erinnerungsstücken sowie die Entscheidung über ihre Platzierung möglich?
- b. ^M Stehen für jeden Bewohner abschließbare Schubladen oder Fächer zur Verfügung?
- c. ^{M/T52} Wirken die Bewohner an der Gestaltung der Gemeinschaftsräume mit?

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

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

ja nein t.n.z.

- a. ^{M/T37} Sind gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden?
- b. ^{M/T38} Können die Bewohner die Zimmer entsprechend ihren Lebensgewohnheiten gestalten?
- c. ^{M/T39} Wird mit individuellen Orientierungshilfen gearbeitet?

Aus datentechnischen Gründen wurde der Sachverhalt 2.3.b mit "ja" bewertet. Für teilstationäre Pflegeeinrichtungen trifft diese Frage jedoch nicht zu.

Kapitel 3 Aufbauorganisation Personal

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

- Info
- 3.2 Ist die verantwortliche Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Pflegekassen bekannt?**
- | | ja | nein |
|--|-------------------------------------|--------------------------|
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 3.3 Die verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien:**
- | | ja | nein |
|--|-------------------------------------|--------------------------|
| a. Pflegefachkraft | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ausreichende Berufserfahrung | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. sozialversicherungspflichtige Beschäftigung | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Weiterbildung zur Leitungsqualifikation | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

Stundenumfang: 0

Info

ja nein

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

 ja nein

ja nein

3.7 Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien:

a. Pflegefachkraft

 ja nein

b. sozialversicherungspflichtige Beschäftigung

 ja nein

Info

3.8 Zusammensetzung Personal

Geeignete Kräfte:	Vollzeit 40 Std/Wo	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		Gesamtstellen
	MA	MA	Stellenumfang	MA	Stellenumfang	
Pflege						
Verantwortliche Pflegefachkraft	1	0	-	0	-	1
Stellv. verantwortliche Pflegefachkraft	0	1	0,75	0	-	0,75
Altenpfleger/in	0	2	0,75	0	-	1,5
(Gesundheits- und) Krankenpfleger/in	0	1	0,50	0	-	0,5
Angelernte Kräfte	0	3	0,50	5	0,25	2,75
soziale Betreuung						
Kräfte nach §87b SGB XI	0	1	0,50	1	0,25	0,75

Legende: Std/Wo = Stunden pro Woche, MA = Mitarbeiter

Die in der Tabelle erfassten Daten wurden dem Selbstauskunftsbogen der Einrichtung entnommen.

Kapitel 4 Ablauforganisation

- 4.1 Ist die Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert?** ja nein
- a. Verantwortlichkeit für Planung, Durchführung und Bewertung der Pflege als Aufgabe für Pflegefachkraft geregelt
- b. personelle Kontinuität der pflegerischen Versorgung geregelt
- 4.2 Nimmt die verantwortliche Pflegefachkraft ihre Aufgaben wahr?** ja nein
- a. Umsetzung des Pflegekonzeptes nicht geprüft
- b. Organisation der fachlichen Planung, Durchführung und Evaluation der Pflegeprozesse nicht geprüft
- c. Organisation für fachgerechte Führung der Pflegedokumentation nicht geprüft
- d. an dem Pflegebedarf orientierte Dienstplanung der Pflegekräfte nicht geprüft
- e. regelmäßige Durchführung der Dienstbesprechungen innerhalb des Pflegebereichs nicht geprüft
- f. ausreichende Zeit für die Aufgaben der verantwortlichen Pflegefachkraft nicht geprüft
- 4.3 Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung grundpflegerischer Tätigkeiten von ungelerten Mitarbeitern ohne pflegerische Ausbildung durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet?** ja nein
-
- 4.4 Liegen geeignete Dienstpläne für die Pflege vor?** ja nein
- a. dokumentenecht (z. B. kein Bleistift, keine Überschreibungen, kein Tipp-Ex, keine unleserlichen Streichungen) nicht geprüft
- b. Soll-, Ist- und Ausfallzeiten nicht geprüft
- c. Zeitpunkt der Gültigkeit und Einsatzort nicht geprüft
- d. vollständige Namen (Vor- und Zunamen) nicht geprüft
- e. Qualifikation nicht geprüft
- f. Umfang des Beschäftigungsverhältnisses (Wochen- oder Monatsarbeitszeit) nicht geprüft
- g. Legende für Dienst- und Arbeitszeiten nicht geprüft
- h. Datum nicht geprüft
- i. Unterschrift der verantwortlichen Person nicht geprüft
- j. Übergabezeiten und Zeiten für Teambesprechungen nicht geprüft

M

ja nein

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

Kapitel 5 Qualitätsmanagement

- 5.1 ^M **Liegt die Zuständigkeit für das Qualitätsmanagement auf der Leitungsebene und werden die Aufgaben von dieser wahrgenommen?** ja nein
- 5.2 **Setzt die stationäre Pflegeeinrichtung die folgenden zwei per Zufallsauswahl ausgewählten Expertenstandards um?** ja nein Nicht geprüft
- a. ^M Dekubitusprophylaxe
- b. ^M Pflegerisches Schmerzmanagement – Akutschmerz
- c. ^M Pflegerisches Schmerzmanagement – chronischer Schmerz
- d. ^M Sturzprophylaxe
- e. ^M Kontinenzförderung
- f. ^M Chronische Wunden
- g. ^M Ernährungsmanagement

In die Qualitätsprüfung wurden exemplarisch zwei der oben gekennzeichneten Expertenstandards einbezogen. Die nicht einbezogenen Expertenstandards wurden mit "nicht geprüft" markiert. Die Auswahl erfolgte durch den Gutachter.

- 5.3 ^{Info} **Ergreift die stationäre Pflegeeinrichtung Maßnahmen, um Konturkturen zu vermeiden?** ja nein nicht geprüft
- 5.4 **Liegt in der stationären Pflegeeinrichtung eine aktuelle Liste der in der Pflege eingesetzten Mitarbeiter mit Qualifikationen und ausgewiesenen Handzeichen vor?** ja nein
- a. ^M aktuell (umfasst alle Mitarbeiter, die seit mehr als 1 Woche beschäftigt sind)
- b. ^M Nennung der Qualifikation
- c. ^M Vor- und Zunamen
- d. ^M Handzeichen übereinstimmend

Kapitel 6 Hygiene

- M/T53
- 6.1 Ist der Gesamteindruck der stationären Pflegeeinrichtung im Hinblick auf Sauberkeit, Ordnung und Geruch gut?** ja nein
- 6.2 Gibt es in der stationären Pflegeeinrichtung ein angemessenes Hygienemanagement?** ja nein
- a. innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Desinfektion und Umgang mit Sterilgut ja nein
- b. Reinigung und Ver- und Entsorgung kontagiöser oder kontaminierter Gegenstände ja nein
- c. Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensanweisungen wird regelmäßig überprüft ja nein
- d. innerbetriebliche Verfahrensanweisungen Mitarbeitern bekannt ja nein
- 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?** ja nein
- a. Handschuhe nicht geprüft
- b. Händedesinfektionsmittel nicht geprüft
- c. Schutzkleidung nicht geprüft
- M
- 6.4 Liegen geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen vor?** ja nein

Kapitel 7 Verpflegung

- 7.1** Wird der Speiseplan in gut lesbarer Form eines Wochenplans bekannt gegeben? M/T57 ja nein
- 7.2** Wird in der stationären Pflegeeinrichtung ein abwechslungsreiches, vielseitiges und bedarfsgerechtes Speisenangebot vorgehalten? ja nein t.n.z.
- a. Wird bei Bedarf Diätkost angeboten? M/T55
- b. Gibt es ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Demenz? M/T41
- c. Ist die Darbietung von Speisen und Getränken an den individuellen Fähigkeiten der Bewohner orientiert? M/T56
- d. Orientieren die Portionsgrößen sich an den individuellen Wünschen der Bewohner? M/T58
- 7.3** Kann der Zeitpunkt des Essens im Rahmen bestimmter Zeitkorridore frei gewählt werden? M/T54 ja nein
- 7.4** Wird speziellen Erfordernissen der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr der Bewohner Rechnung getragen? ja nein t.n.z.
- a. es gibt ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Schluckbeschwerden M
- b. mindestens drei Haupt- und zwei Zwischenmahlzeiten werden angeboten nicht geprüft
- c. der Abstand zwischen der zuletzt für alle Bewohner angebotenen Mahlzeit am Abend und der ersten Mahlzeit am Morgen beträgt weniger als 12 Stunden nicht geprüft
- d. der Abstand der zuletzt für Bewohner mit Diabetes mellitus oder gerontopsychiatrisch beeinträchtigte Bewohner angebotenen Mahlzeit am Abend und der ersten Mahlzeit am Morgen beträgt weniger als 10 Stunden nicht geprüft
- 7.5** Werden die Mahlzeiten in für die Bewohner angenehmen Räumlichkeiten und ruhiger Atmosphäre angeboten? M/T59 ja nein

Kapitel 8 Soziale Betreuung

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

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

- 8.2 Werden diese Angebote den Bewohnern in geeigneter Weise zur Kenntnis gebracht?** ja nein
nicht geprüft

- 8.3 Sind die Angebote der sozialen Betreuung auf die Bewohnergruppen und deren Bedürfnisse ausgerichtet?** ^{M/T46} ja nein

- 8.4 Wird die soziale Betreuung durch festangestellte Mitarbeiter koordiniert?** ja nein
nicht geprüft

- 8.5 Besitzt der für die Betreuung der gerontopsychiatrisch beeinträchtigten Bewohner zuständige Mitarbeiter spezielle Kenntnisse (Fort- und/oder Weiterbildung)?** ja nein t.n.z.
nicht geprüft

- 8.6 In welchem Stenumfang sind in der stationären Pflegeeinrichtung Mitarbeiter für die soziale Betreuung beschäftigt (ohne Mitarbeiter nach § 87b SGB XI)?** ^{M/Info}

Vollzeitstellen: 0

In der teilstationären Pflegeeinrichtung sind alle Pflegemitarbeiter auch für die soziale Betreuung der Tagespflegegäste zuständig.

- 8.7 Hat die stationäre Pflegeeinrichtung auf der Grundlage des § 87b SGB XI Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf vereinbart?** ^{M/Info} ja nein

Vollzeitstellen: 0,67

Es besteht eine Vergütungsvereinbarung für zusätzliche soziale Betreuungsleistungen auf Grundlage des § 87b SGB XI für alle anspruchsberechtigten Personen laut PSG 1 (1:20,78).

- | | | ja | nein | t.n.z. |
|-------------|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.8 | Sind die gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen an zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI im Hinblick auf die Beschäftigung, Qualifikation und Aufgabenwahrnehmung erfüllt? | | | <input type="checkbox"/> |
| a. | Sind die Stellen der zusätzlichen ^M Betreuungskräfte im vereinbarten Umfang besetzt? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| b. | Verfügen die eingesetzten zusätzlichen ^M Betreuungskräfte über die erforderliche Qualifikation gemäß § 4 der Betreuungskräfte-RI? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| c. | Haben alle eingesetzten zusätzlichen ^M Betreuungskräfte im vergangenen Jahr nach § 4 Abs. 4 der Betreuungskräfte-RI an mindestens einer zweitägigen Fortbildungsmaßnahme teilgenommen? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. | Ist gewährleistet, dass zusätzliche ^M Betreuungskräfte gemäß § 2 der Betreuungskräfte-RI nicht regelmäßig grund- und behandlungspflegerische sowie hauswirtschaftliche Maßnahmen durchführen? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8.9 | Wird die Eingewöhnung der Bewohner in die stationäre Pflegeeinrichtung systematisch begleitet? | | ja | nein |
| a. | Gibt es Hilfestellungen zur Eingewöhnung in die stationäre ^{M/T47} Pflegeeinrichtung? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| b. | Erfolgt eine regelhafte ^{M/T48} Überprüfung und ggf. Anpassung der Angebote zur Eingewöhnung durch die stationäre Pflegeeinrichtung? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8.10 | Gibt es konzeptionelle ^{M/T49}Aussagen zur Sterbebegleitung? | <input checked="" type="checkbox"/> | ja | nein |

Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu Bewohner 1

9.1 Auftragsnummer: ^{M/Info} **161025TT15000000-000101823**

Datum	Uhrzeit	Nummer Erhebungsbogen
25.10.2016	11:50	1

9.2 Angaben zum Bewohner ^{M/Info}

Name	1
Pflegekasse	DAK Gesundheit
Pflege-/Wohnbereich	Tagespflege
Geburtsdatum	1940
Einzugsdatum	21.10.2014
Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Z.n. Apoplex, Demenz, Hemiparese rechts
Pflegestufe	III

Ist die Alltagskompetenz nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung eingeschränkt? ja nein

Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter) ja nein

Vorhandene Unterlagen EDV-Pflegedokumentation

9.3 Anwesende Personen ^{M/Info}

Name des Gutachters	Barakovic, Amel
Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	Inhaber und verantwortliche Pflegefachkraft
Name des Mitarbeiters	*****
sonstige Personen (z. B. gesetzlicher Betreuer)	*****

Kapitel 10 Behandlungspflege

- M/T22
- 10.1 Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?** ja nein t.n.z.
- M/T23
- 10.2 Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?** ja nein t.n.z.
- M/T24
- 10.3 Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen?** ja nein t.n.z.
- M/T25
- 10.4 Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung?** ja nein t.n.z.
- M/T26
- 10.5 Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?** ja nein t.n.z.
- M/Info
- 10.6 Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen?** ja nein
- akute Schmerzen
- chronische Schmerzen
- von Gutachter beurteilt
- von Einrichtung übernommen
- M/T13
- 10.7 Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?** ja nein t.n.z.
- M/T14
- 10.8 Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?** ja nein t.n.z.
- M/T15
- 10.9 Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente?** ja nein t.n.z.
- M/T27
- 10.10 Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?** ja nein t.n.z.
- M
- 10.11 Ist der Umgang mit Tracheostoma/Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht?** ja nein t.n.z.
- M/Info
- 10.12 Beschreibung vorliegender Wunden (incl. 10.13)** t.n.z.

- M/T3
- 10.14 Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus dokumentiert?**
- ja nein t.n.z.
- M/T5
- 10.15 Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?**
- ja nein t.n.z.
- M/T4
- 10.16 Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus?**
- ja nein t.n.z.
- M/T6
- 10.17 Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet, ggf. der Arzt informiert und die Maßnahmen angepasst?**
- ja nein t.n.z.

Kapitel 11 Mobilität

11.1 Bewohner angetroffen:

M/Info

Vers. wird liegend in Tageskleidung angetroffen.

11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt

M/Info

ja nein

a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten

Einschränkung der Beweglichkeit im:

- Schultergelenk links und rechts
- Ellenbogengelenk links und rechts
- Handgelenk links und rechts
- Fingergelenk links und rechts.
- Parese rechts.

b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten

Einschränkung der Beweglichkeit im:

- Hüftgelenk links und rechts
- Kniegelenk links und rechts
- Sprunggelenk links und rechts
- Parese rechts.

c. Lageveränderung im Bett

Entlagert sich selbst

d. Aufstehen

Nur mit personeller Hilfe

e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen

Freies Sitzen und Eigenständige Veränderung der Sitzposition sind möglich.

f. Stehen

Nur mit personeller Hilfe

g. Gehen

Nur mit personeller Hilfe

11.3 Liegt ein Sturzrisiko vor?

M/Info

ja nein

von Gutachter beurteilt

von Einrichtung übernommen

11.4 Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?

M/T18

ja nein

- M/T19
- 11.5 Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?** ja nein t.n.z.
- M/Info
- 11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?** ja nein
- von Gutachter beurteilt
- von Einrichtung übernommen
- M/T1
- 11.7 Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?** ja nein
- M/T2
- 11.8 Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?** ja nein t.n.z.

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung ^{M/Info}

Gewicht 72 kg (aktuell am 04.10.2016)
 Größe 157 cm
 BMI 29 kg/m²
 Gewicht 70 kg (vor ca. 3 Mon. am 01.07.2016)
 Gewicht 72 kg (vor ca. 6 Mon. am 01.04.2016)
 Der Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten ist konstant.
 Flüssigkeitsversorgung: unauffällig

12.2 Der Bewohner ist versorgt mit: ^{M/Info} t.n.z.

12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung? ^{M/Info} ja nein
 von Gutachter beurteilt
 von Einrichtung übernommen

12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung? ^{M/Info} ja nein
 von Gutachter beurteilt
 von Einrichtung übernommen

12.5 Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst? ^{M/T7} ja nein

12.6 Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst? ^{M/T10} ja nein

12.7 Werden bei Einschränkung der selbstständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt? ^{M/T8} ja nein t.n.z.

12.8 Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbstständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt? ^{M/T11} ja nein t.n.z.

12.9 Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? ^{M/T9} ja nein

M/T12

12.10 Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?

ja nein

M/T28

12.11 Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt?

ja nein t.n.z.

Kapitel 13 Harninkontinenz

- 13.1 Der Bewohner ist versorgt mit:** M/Info t.n.z.
- | | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| a. Suprapubischem Katheter | ja | nein | |
| | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| b. Transurethralem Katheter | ja | nein | |
| | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| c. Inkontinenzprodukten (geschlossen) | ja | nein | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| d. Hilfsmitteln | ja | nein | |
| | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| e. Sonstigem | ja | nein | |
| | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
- 13.2 Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?** M/Info ja nein
- von Gutachter beurteilt
- von Einrichtung übernommen
- 13.3 Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenka-** M/T16 ja nein t.n.z.
- theter individuelle Risiken und Ressourcen erfasst?**
- 13.4 Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenka-** M/T17 ja nein t.n.z.
- theter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?**

Kapitel 14 Umgang mit Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

14.1 Orientierung und Kommunikation ^{M/Info}

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

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

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

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

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

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

Kapitel 15 Körperpflege

15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut ^{M/Info}

- a. normal ja nein
- b. Besonderheiten ja nein

Haare, Fuß- und Fingernägel sowie Hautfalten und Hautzustand sind unauffällig.

15.2 Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? ^{M/T29}

ja nein t.n.z.

15.3 Mundzustand/Zähne ^{M/Info}

- a. normal ja nein
- b. Auffälligkeiten ja nein

Der Mundzustand ist unauffällig.

15.4 Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? ^{M/T30}

ja nein t.n.z.

Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

- 16.1 Wird beim Pflegeprozess die individuelle soziale Betreuung berücksichtigt? ^M ja nein
- 16.2 Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor? ^{M/T21} ja nein t.n.z.
- 16.3 Wird die Notwendigkeit der freiheitseinschränkenden Maßnahmen regelmäßig überprüft? ^{M/T20} ja nein t.n.z.
- 16.4 Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt? ^{M/T31} ja nein
- 16.5 Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden? ^M ja nein
- 16.6 Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden? ^M ja nein t.n.z.

Kapitel 17 Sonstiges

Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu Bewohner 2

9.1 Auftragsnummer: ^{M/Info} **161025TT15000000-000101823**

Datum	Uhrzeit	Nummer Erhebungsbogen
25.10.2016	11:52	2

9.2 Angaben zum Bewohner ^{M/Info}

Name	2
Pflegekasse	Deutscher Ring Hamburg
Pflege-/Wohnbereich	Tagespflege
Geburtsdatum	1964
Einzugsdatum	25.09.2010
Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Z.n. Apoplex, Hemiparese links, Störung des Ganges und der Mobilität
Pflegestufe	II

Ist die Alltagskompetenz nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung eingeschränkt? ja nein

Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter) ja nein

Vorhandene Unterlagen EDV-Pflegedokumentation

9.3 Anwesende Personen ^{M/Info}

Name des Gutachters	Barakovic, Amel
Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	Inhaber und verantwortliche Pflegefachkraft
Name des Mitarbeiters	*****
sonstige Personen (z. B. gesetzlicher Betreuer)	*****

Kapitel 10 Behandlungspflege

- M/T22
- 10.1 Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?** ja nein t.n.z.
- M/T23
- 10.2 Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?** ja nein t.n.z.
- M/T24
- 10.3 Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen?** ja nein t.n.z.
- M/T25
- 10.4 Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung?** ja nein t.n.z.
- M/T26
- 10.5 Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?** ja nein t.n.z.
- M/Info
- 10.6 Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen?** ja nein
- akute Schmerzen
- chronische Schmerzen
- von Gutachter beurteilt
- von Einrichtung übernommen
- M/T13
- 10.7 Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?** ja nein t.n.z.
- M/T14
- 10.8 Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?** ja nein t.n.z.
- M/T15
- 10.9 Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente?** ja nein t.n.z.
- M/T27
- 10.10 Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?** ja nein t.n.z.
- M
- 10.11 Ist der Umgang mit Tracheostoma/Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht?** ja nein t.n.z.
- M/Info
- 10.12 Beschreibung vorliegender Wunden (incl. 10.13)** t.n.z.

- M/T3
- 10.14 Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus dokumentiert?** ja nein t.n.z.
- M/T5
- 10.15 Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?** ja nein t.n.z.
- M/T4
- 10.16 Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus?** ja nein t.n.z.
- M/T6
- 10.17 Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet, ggf. der Arzt informiert und die Maßnahmen angepasst?** ja nein t.n.z.

Kapitel 11 Mobilität

11.1 Bewohner angetroffen:

M/Info

Vers. wird sitzend in Tageskleidung angetroffen.

11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt

M/Info

ja nein

a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten

Einschränkung der Beweglichkeit im:

- Schultergelenk links
- Ellenbogengelenk links
- Handgelenk links
- Fingergelenk links
- Parese links

b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten

Einschränkung der Beweglichkeit im:

- Hüftgelenk links
- Kniegelenk links
- Sprunggelenk links
- Parese links

c. Lageveränderung im Bett

Entlagert sich selbst

d. Aufstehen

Selbständig mit Hilfsmitteln und mit personeller Hilfe .

e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen

Freies Sitzen und Eigenständige Veränderung der Sitzposition sind möglich

f. Stehen

Selbständig mit Hilfsmitteln

g. Gehen

Selbständig mit Hilfsmitteln und mit Begleitung

11.3 Liegt ein Sturzrisiko vor?

M/Info

ja nein

von Gutachter beurteilt

von Einrichtung übernommen

11.4 Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?

M/T18

ja nein

- M/T19
- 11.5 Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?** ja nein t.n.z.
- M/Info
- 11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?** ja nein
- von Gutachter beurteilt
- von Einrichtung übernommen
- M/T1
- 11.7 Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?** ja nein
- M/T2
- 11.8 Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?** ja nein t.n.z.

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung ^{M/Info}

Gewicht 124 kg (aktuell am 05.04.2016)

Größe 181 cm

BMI 38 kg/m²

Der Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten kann mangels Aufzeichnungen der Einrichtung nicht ermittelt werden.

Flüssigkeitsversorgung: unauffällig

12.2 Der Bewohner ist versorgt mit: ^{M/Info} t.n.z.

12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung? ^{M/Info} ja nein

von Gutachter beurteilt

von Einrichtung übernommen

12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung? ^{M/Info} ja nein

von Gutachter beurteilt

von Einrichtung übernommen

12.5 Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst? ^{M/T7} ja nein

12.6 Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst? ^{M/T10} ja nein

12.7 Werden bei Einschränkung der selbstständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt? ^{M/T8} ja nein t.n.z.

12.8 Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbstständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt? ^{M/T11} ja nein t.n.z.

12.9 Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? ^{M/T9} ja nein

12.10 Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? ^{M/T12} ja nein

M/T28

12.11 Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt?

ja	nein	t.n.z.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Kapitel 13 Harninkontinenz

- 13.1 Der Bewohner ist versorgt mit:** M/Info t.n.z.
- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| a. Suprapubischem Katheter | ja | nein |
| | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| b. Transurethralem Katheter | ja | nein |
| | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| c. Inkontinenzprodukten | ja | nein |
| | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| d. Hilfsmitteln
Urinflache | ja | nein |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Sonstigem | ja | nein |
| | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
- 13.2 Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?** M/Info
- | | | |
|----------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| von Gutachter beurteilt | ja | nein |
| | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| von Einrichtung übernommen | ja | nein |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 13.3 Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenka-
theter individuelle Risiken und Ressourcen erfasst?** M/T16
- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| | ja | nein | t.n.z. |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
- 13.4 Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenka-
theter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?** M/T17
- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| | ja | nein | t.n.z. |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Kapitel 14 Umgang mit Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

14.1 Orientierung und Kommunikation ^{M/Info}

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

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

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

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

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

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

Kapitel 15 Körperpflege

15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut ^{M/Info}

- a. normal ja nein
- b. Besonderheiten ja nein

15.2 Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? ^{M/T29}

ja nein t.n.z.

15.3 Mundzustand/Zähne ^{M/Info}

- a. normal ja nein
- b. Auffälligkeiten ja nein

15.4 Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? ^{M/T30}

ja nein t.n.z.

Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

- 16.1 Wird beim Pflegeprozess die individuelle soziale Betreuung berücksichtigt? ^M ja nein
- 16.2 Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor? ^{M/T21} ja nein t.n.z.
- 16.3 Wird die Notwendigkeit der freiheitseinschränkenden Maßnahmen regelmäßig überprüft? ^{M/T20} ja nein t.n.z.
- 16.4 Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt? ^{M/T31} ja nein
- 16.5 Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden? ^M ja nein
- 16.6 Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden? ^M ja nein t.n.z.

Kapitel 17 Sonstiges

Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu Bewohner 3

9.1 Auftragsnummer: ^{M/Info} **161025TT15000000-000101823**

Datum	Uhrzeit	Nummer Erhebungsbogen
25.10.2016	10:30	3

9.2 Angaben zum Bewohner ^{M/Info}

Name	3
Pflegekasse	BEK GEK
Pflege-/Wohnbereich	Tagespflege
Geburtsdatum	1938
Einzugsdatum	12.05.2016
Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Demenz
Pflegestufe	I

Ist die Alltagskompetenz nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung eingeschränkt?	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
--	--	-------------------------------

Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
---	--	-------------------------------

Vorhandene Unterlagen	EDV-Pflegedokumentation
------------------------------	-------------------------

9.3 Anwesende Personen ^{M/Info}

Name des Gutachters	Barakovic, Amel
Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	Inhaber und verantwortliche Pflegefachkraft
Name des Mitarbeiters	*****
sonstige Personen (z. B. gesetzlicher Betreuer)	*****

Kapitel 10 Behandlungspflege

- M/T22
- 10.1 Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?** ja nein t.n.z.
- M/T23
- 10.2 Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?** ja nein t.n.z.
- M/T24
- 10.3 Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen?** ja nein t.n.z.
- M/T25
- 10.4 Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung?** ja nein t.n.z.
- M/T26
- 10.5 Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?** ja nein t.n.z.
- M/Info
- 10.6 Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen?** ja nein
- akute Schmerzen
- chronische Schmerzen
- von Gutachter beurteilt
- von Einrichtung übernommen
- M/T13
- 10.7 Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?** ja nein t.n.z.
- M/T14
- 10.8 Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?** ja nein t.n.z.
- M/T15
- 10.9 Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente?** ja nein t.n.z.
- M/T27
- 10.10 Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?** ja nein t.n.z.
- M
- 10.11 Ist der Umgang mit Tracheostoma/Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht?** ja nein t.n.z.
- M/Info
- 10.12 Beschreibung vorliegender Wunden (incl. 10.13)** t.n.z.

- M/T3
- 10.14 Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus dokumentiert?**
- ja nein t.n.z.
- M/T5
- 10.15 Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?**
- ja nein t.n.z.
- M/T4
- 10.16 Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus?**
- ja nein t.n.z.
- M/T6
- 10.17 Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet, ggf. der Arzt informiert und die Maßnahmen angepasst?**
- ja nein t.n.z.

Kapitel 11 Mobilität

11.1 Bewohner angetroffen:

M/Info

Vers. wird sitzend in Tageskleidung angetroffen.

11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt

M/Info

ja nein

11.3 Liegt ein Sturzrisiko vor?

M/Info

ja nein

von Gutachter beurteilt

von Einrichtung übernommen

11.4 Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?

M/T18

ja nein

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

M/T19

ja nein t.n.z.

Ein erhöhtes Sturzrisiko ist bei der Pflegebedürftige nicht vorhanden.

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?

M/Info

ja nein

von Gutachter beurteilt

von Einrichtung übernommen

11.7 Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?

M/T1

ja nein

11.8 Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?

M/T2

ja nein t.n.z.

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung ^{M/Info}

Gewicht 82 kg (aktuell am 04.10.2016)
 Größe 171 cm
 BMI 28 kg/m²
 Gewicht 84 kg (vor ca. 3 Mon. am 05.07.2016)
 Gewicht 83 kg (vor ca. 6 Mon. am 19.05.2016)
 Der Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten ist konstant.
 Flüssigkeitsversorgung: unauffällig

12.2 Der Bewohner ist versorgt mit: ^{M/Info} t.n.z.

12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung? ^{M/Info} ja nein

von Gutachter beurteilt

von Einrichtung übernommen

12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung? ^{M/Info} ja nein

von Gutachter beurteilt

von Einrichtung übernommen

12.5 Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst? ^{M/T7} ja nein

12.6 Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst? ^{M/T10} ja nein

12.7 Werden bei Einschränkung der selbstständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt? ^{M/T8} ja nein t.n.z.

12.8 Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbstständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt? ^{M/T11} ja nein t.n.z.

12.9 Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? ^{M/T9} ja nein

M/T12

12.10 Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?

ja nein

M/T28

12.11 Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt?

ja nein t.n.z.

Kapitel 13 Harninkontinenz

- 13.1 Der Bewohner ist versorgt mit:** M/Info t.n.z.
- 13.2 Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?** M/Info ja nein
- von Gutachter beurteilt
- von Einrichtung übernommen
- 13.3 Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenka-** M/T16 ja nein t.n.z.
- theter individuelle Risiken und Ressourcen erfasst?**
- 13.4 Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenka-** M/T17 ja nein t.n.z.
- theter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?**

Kapitel 14 Umgang mit Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

14.1 Orientierung und Kommunikation ^{M/Info}

- a. sinnvolles Gespräch möglich ja nein
- b. nonverbale Kommunikation möglich ja nein
- c. Orientierung in allen Qualitäten vorhanden ja nein

14.2 Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biografie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt? ^{M/T33} ja nein t.n.z.

14.3 Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und sozialen Betreuung einbezogen? ^{M/T34} ja nein t.n.z.

14.4 Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und sozialen Betreuung berücksichtigt? ^{M/T35} ja nein t.n.z.

14.5 Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/Beschäftigungsangebote gemacht? ^{M/T40} 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? ^{M/T36} ja nein t.n.z.

Kapitel 15 Körperpflege

15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut ^{M/Info}

- a. normal ja nein
- b. Besonderheiten ja nein

Haare, Fuß- und Fingernägel sowie Hautfalten und Hautzustand sind unauffällig.

15.2 Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? ^{M/T29}

ja nein t.n.z.

Die Körperpflege ist angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung. Das Selbstbestimmungsrecht des Pflegebedürftigen wird dabei beachtet.

15.3 Mundzustand/Zähne ^{M/Info}

- a. normal ja nein
- b. Auffälligkeiten ja nein

Der Mundzustand ist unauffällig.

15.4 Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? ^{M/T30}

ja nein t.n.z.

Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

- 16.1 Wird beim Pflegeprozess die individuelle soziale Betreuung berücksichtigt? ^M ja nein
- 16.2 Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor? ^{M/T21} ja nein t.n.z.
- 16.3 Wird die Notwendigkeit der freiheitseinschränkenden Maßnahmen regelmäßig überprüft? ^{M/T20} ja nein t.n.z.
- 16.4 Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt? ^{M/T31} ja nein
- 16.5 Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden? ^M ja nein
- 16.6 Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden? ^M ja nein t.n.z.

Kapitel 17 Sonstiges

Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu Bewohner 4

9.1 Auftragsnummer: ^{M/Info} **161025TT15000000-000101823**

Datum	Uhrzeit	Nummer Erhebungsbogen
25.10.2016	12:50	4

9.2 Angaben zum Bewohner ^{M/Info}

Name	4
Pflegekasse	AOK Hessen
Pflege-/Wohnbereich	Tagespflege
Geburtsdatum	1936
Einzugsdatum	12.09.2014
Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Z.n. Apoplex, Osteoporose, insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ 2b,
Pflegestufe	I

Ist die Alltagskompetenz nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung eingeschränkt? ja nein

Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)

Vorhandene Unterlagen EDV-Pflegedokumentation

9.3 Anwesende Personen ^{M/Info}

Name des Gutachters	Barakovic, Amel
Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	Inhaber und verantwortliche Pflegefachkraft
Name des Mitarbeiters	*****
sonstige Personen (z. B. gesetzlicher Betreuer)	*****

Kapitel 10 Behandlungspflege

- M/T22
- 10.1 Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?** ja nein t.n.z.
- M/T23
- 10.2 Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?** ja nein t.n.z.
- M/T24
- 10.3 Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen?** ja nein t.n.z.
- M/T25
- 10.4 Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung?** ja nein t.n.z.
- M/T26
- 10.5 Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?** ja nein t.n.z.
- M/Info
- 10.6 Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen?** ja nein
- akute Schmerzen
- chronische Schmerzen
- von Gutachter beurteilt
- von Einrichtung übernommen
- M/T13
- 10.7 Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?** ja nein t.n.z.
- M/T14
- 10.8 Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?** ja nein t.n.z.
- M/T15
- 10.9 Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente?** ja nein t.n.z.
- M/T27
- 10.10 Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?** ja nein t.n.z.
- M
- 10.11 Ist der Umgang mit Tracheostoma/Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht?** ja nein t.n.z.
- M/Info
- 10.12 Beschreibung vorliegender Wunden (incl. 10.13)** t.n.z.

- M/T3
- 10.14 Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus dokumentiert?** ja nein t.n.z.
- M/T5
- 10.15 Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?** ja nein t.n.z.
- M/T4
- 10.16 Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus?** ja nein t.n.z.
- M/T6
- 10.17 Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet, ggf. der Arzt informiert und die Maßnahmen angepasst?** ja nein t.n.z.

Kapitel 11 Mobilität

- 11.1 Bewohner angetroffen:** M/Info
- 11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt** M/Info ja nein
- 11.3 Liegt ein Sturzrisiko vor?** M/Info ja nein
 von Gutachter beurteilt
 von Einrichtung übernommen
- 11.4 Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?** M/T18 ja nein
- 11.5 Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?** M/T19 ja nein t.n.z.
- Ein erhöhtes Sturzrisiko ist bei der Pflegebedürftige nicht vorhanden.
- 11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?** M/Info ja nein
 von Gutachter beurteilt
 von Einrichtung übernommen
- 11.7 Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?** M/T1 ja nein
- 11.8 Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?** M/T2 ja nein t.n.z.

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung ^{M/Info}

Gewicht 83 kg (aktuell am 04.10.2016)
 Größe 153 cm
 BMI 35 kg/m²
 Gewicht 81 kg (vor ca. 3 Mon. am 01.06.2016)
 Gewicht 81 kg (vor ca. 6 Mon. am 01.03.2016)
 Der Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten ist konstant.
 Flüssigkeitsversorgung: unauffällig, konzentrierter Urin

12.2 Der Bewohner ist versorgt mit: ^{M/Info} t.n.z.

12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung? ^{M/Info} ja nein

von Gutachter beurteilt

von Einrichtung übernommen

12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung? ^{M/Info} ja nein

von Gutachter beurteilt

von Einrichtung übernommen

12.5 Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst? ^{M/T7} ja nein

12.6 Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst? ^{M/T10} ja nein

12.7 Werden bei Einschränkung der selbstständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt? ^{M/T8} ja nein t.n.z.

12.8 Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbstständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt? ^{M/T11} ja nein t.n.z.

12.9 Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? ^{M/T9} ja nein

M/T12

12.10 Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?

ja nein

M/T28

12.11 Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt?

ja nein t.n.z.

Kapitel 13 Harninkontinenz

- 13.1 Der Bewohner ist versorgt mit:** M/Info t.n.z.
- 13.2 Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?** M/Info ja nein
- von Gutachter beurteilt
- von Einrichtung übernommen
- 13.3 Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenka-** M/T16 ja nein t.n.z.
- theter individuelle Risiken und Ressourcen erfasst?**
- 13.4 Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasen katheter** M/T17 ja nein t.n.z.
- die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?**

Kapitel 14 Umgang mit Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

14.1 Orientierung und Kommunikation ^{M/Info}

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

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

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

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

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

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

Kapitel 15 Körperpflege

15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut ^{M/Info}

- a. normal ja nein
- b. Besonderheiten ja nein

Haare, Fuß- und Fingernägel sowie Hautfalten und Hautzustand sind unauffällig.

15.2 Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? ^{M/T29}

ja nein t.n.z.

15.3 Mundzustand/Zähne ^{M/Info}

- a. normal ja nein
- b. Auffälligkeiten ja nein

Der Mundzustand ist unauffällig.

15.4 Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? ^{M/T30}

ja nein t.n.z.

Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

- 16.1 Wird beim Pflegeprozess die individuelle soziale Betreuung berücksichtigt? ^M ja nein
- 16.2 Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor? ^{M/T21} ja nein t.n.z.
- 16.3 Wird die Notwendigkeit der freiheitseinschränkenden Maßnahmen regelmäßig überprüft? ^{M/T20} ja nein t.n.z.
- 16.4 Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt? ^{M/T31} ja nein
- 16.5 Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden? ^M ja nein
- 16.6 Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden? ^M ja nein t.n.z.

Kapitel 17 Sonstiges

Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu Bewohner 5

9.1 Auftragsnummer: ^{M/Info} **161025TT15000000-000101823**

Datum	Uhrzeit	Nummer Erhebungsbogen
25.10.2016	10:00	5

9.2 Angaben zum Bewohner ^{M/Info}

Name	5
Pflegekasse	Bundesknappschaft
Pflege-/Wohnbereich	Tagespflege
Geburtsdatum	1930
Einzugsdatum	26.08.2016
Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Insulinpflichtiger Diabetes mellitus, Spinalkanalstenose, Z.n. operativer Resektion eines Mamma-Carzinoms re., Ödeme US bds.
Pflegestufe	II

Ist die Alltagskompetenz nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung eingeschränkt? ja nein

Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)

Vorhandene Unterlagen Pflegedokumentation (EDV)

9.3 Anwesende Personen ^{M/Info}

Name des Gutachters	Fähser-Zipp, Jutta
Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	stellv. verantwortliche Pflegefachkraft
Name des Mitarbeiters	*****
sonstige Personen (z. B. gesetzlicher Betreuer)	*****

Kapitel 10 Behandlungspflege

- M/T22
- 10.1 Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?** ja nein t.n.z.
- M/T23
- 10.2 Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?** ja nein t.n.z.
- M/T24
- 10.3 Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen?** ja nein t.n.z.
- M/T25
- 10.4 Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung?** ja nein t.n.z.
- M/T26
- 10.5 Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?** ja nein t.n.z.
- M/Info
- 10.6 Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen?** ja nein
- akute Schmerzen
- chronische Schmerzen
- von Gutachter beurteilt
- von Einrichtung übernommen
- M/T13
- 10.7 Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?** ja nein t.n.z.
- Der Tagespflegegast nimmt seit kurzer Zeit versuchsweise selbständig das ärztlich verordnete Schmerzmittel Tilidin ein.
- M/T14
- 10.8 Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?** ja nein t.n.z.
- M/T15
- 10.9 Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente?** ja nein t.n.z.
- M/T27
- 10.10 Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?** ja nein t.n.z.
- M
- 10.11 Ist der Umgang mit Tracheostoma/Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht?** ja nein t.n.z.

- M/Info
- 10.12 Beschreibung vorliegender Wunden (incl. 10.13)** t.n.z.
- M/T3
- 10.14 Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus dokumentiert?** ja nein t.n.z.
- M/T5
- 10.15 Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?** ja nein t.n.z.
- M/T4
- 10.16 Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus?** ja nein t.n.z.
- M/T6
- 10.17 Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet, ggf. der Arzt informiert und die Maßnahmen angepasst?** ja nein t.n.z.

Kapitel 11 Mobilität

11.1 Bewohner angetroffen:

M/Info

Vers. wird sitzend in Tageskleidung angetroffen.

11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt

M/Info

ja nein

a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten

Postoperative Bewegungseinschränkungen im rechten Arm nach Mamma-OP.

b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten

Bewegungseinschränkungen in den Kniegelenken bds. Belastungsminderung der unteren Extremitäten bei Ödemen beider Unterschenkel.

c. Lageveränderung im Bett

selbständig.

d. Aufstehen

selbständig mit Hilfsmitteln.

e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen

freies Sitzen und selbständige Positionsveränderungen möglich.

f. Stehen

freies Stehen nur kurze Zeit möglich.

g. Gehen

selbständiges Gehen mit Gehstock oder am Rollator. Oberkörper nach vorne gebäugt, geringe Schritthöhe.

11.3 Liegt ein Sturzrisiko vor?

M/Info

ja nein

von Gutachter beurteilt

von Einrichtung übernommen

11.4 Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?

M/T18

ja nein

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

M/T19

ja nein t.n.z.

Es handelt sich nicht um ein erhöhtes Risiko.

M/Info

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?ja nein

von Gutachter beurteilt

von Einrichtung übernommen

M/T1

11.7 Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?ja nein

M/T2

11.8 Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?ja nein t.n.z.

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung ^{M/Info}

Gewicht 91 kg (aktuell am 04.10.2016)

Größe 165 cm

BMI 33 kg/m²

Der Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten kann nicht ermittelt werden, da der Tagespflgegest erst seit zwei Monaten die teilstationäre Einrichtung besucht.

Flüssigkeitsversorgung: unauffällig

12.2 Der Bewohner ist versorgt mit: ^{M/Info} t.n.z.

12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung? ^{M/Info} ja nein

von Gutachter beurteilt

von Einrichtung übernommen

12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung? ^{M/Info} ja nein

von Gutachter beurteilt

von Einrichtung übernommen

12.5 Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst? ^{M/T7} ja nein

12.6 Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst? ^{M/T10} ja nein

12.7 Werden bei Einschränkung der selbstständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt? ^{M/T8} ja nein t.n.z.

12.8 Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbstständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt? ^{M/T11} ja nein t.n.z.

12.9 Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? ^{M/T9} ja nein

12.10 Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? ^{M/T12} ja nein

M/T28

12.11 Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt?

ja	nein	t.n.z.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Kapitel 13 Harninkontinenz

- 13.1 Der Bewohner ist versorgt mit:** M/Info t.n.z.
- 13.2 Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?** M/Info ja nein
- von Gutachter beurteilt
- von Einrichtung übernommen
- 13.3 Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenka-** M/T16 ja nein t.n.z.
- theter individuelle Risiken und Ressourcen erfasst?**
- 13.4 Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasen katheter** M/T17 ja nein t.n.z.
- die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?**

Kapitel 14 Umgang mit Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

14.1 Orientierung und Kommunikation ^{M/Info}

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

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

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

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

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

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

Kapitel 15 Körperpflege

15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut ^{M/Info}

- a. normal ja nein
- b. Besonderheiten ja nein

15.2 Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? ^{M/T29}

ja nein t.n.z.

15.3 Mundzustand/Zähne ^{M/Info}

- a. normal ja nein
- b. Auffälligkeiten ja nein

15.4 Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? ^{M/T30}

ja nein t.n.z.

Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

- 16.1 Wird beim Pflegeprozess die individuelle soziale Betreuung berücksichtigt? ^M ja nein
- 16.2 Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor? ^{M/T21} ja nein t.n.z.
- 16.3 Wird die Notwendigkeit der freiheitseinschränkenden Maßnahmen regelmäßig überprüft? ^{M/T20} ja nein t.n.z.
- 16.4 Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt? ^{M/T31} ja nein
- 16.5 Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden? ^M ja nein
- 16.6 Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden? ^M ja nein t.n.z.

Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu Bewohner 6

9.1 Auftragsnummer: ^{M/Info} **161025TT15000000-000101823**

Datum	Uhrzeit	Nummer Erhebungsbogen
25.10.2016	11:30	6

9.2 Angaben zum Bewohner ^{M/Info}

Name	6
Pflegekasse	AOK
Pflege-/Wohnbereich	Tagespflege
Geburtsdatum	1935
Einzugsdatum	29.04.2014
Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Demenz, insulinpflichtiger Diabetes mellitus
Pflegestufe	II

Ist die Alltagskompetenz nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung eingeschränkt? ja nein

Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter) ja nein

Vorhandene Unterlagen Pflegedokumentation (EDV)

9.3 Anwesende Personen ^{M/Info}

Name des Gutachters	Fähser-Zipp, Jutta
Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	stellv. verantwortliche Pflegefachkraft
Name des Mitarbeiters	*****
sonstige Personen (z. B. gesetzlicher Betreuer)	*****

Kapitel 10 Behandlungspflege

- M/T22
- 10.1 Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?** ja nein t.n.z.
- M/T23
- 10.2 Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?** ja nein t.n.z.
- M/T24
- 10.3 Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen?** ja nein t.n.z.
- M/T25
- 10.4 Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung?** ja nein t.n.z.
- M/T26
- 10.5 Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?** ja nein t.n.z.
- M/Info
- 10.6 Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen?** ja nein
- akute Schmerzen
- chronische Schmerzen
- von Gutachter beurteilt
- von Einrichtung übernommen
- M/T13
- 10.7 Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?** ja nein t.n.z.
- M/T14
- 10.8 Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?** ja nein t.n.z.
- M/T15
- 10.9 Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente?** ja nein t.n.z.
- M/T27
- 10.10 Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?** ja nein t.n.z.
- M
- 10.11 Ist der Umgang mit Tracheostoma/Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht?** ja nein t.n.z.
- M/Info
- 10.12 Beschreibung vorliegender Wunden (incl. 10.13)** t.n.z.

- M/T3
- 10.14 Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus dokumentiert?** ja nein t.n.z.
- M/T5
- 10.15 Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?** ja nein t.n.z.
- M/T4
- 10.16 Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus?** ja nein t.n.z.
- M/T6
- 10.17 Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet, ggf. der Arzt informiert und die Maßnahmen angepasst?** ja nein t.n.z.

Kapitel 11 Mobilität

11.1 Bewohner angetroffen:

M/Info

Vers. wird sitzend in Tageskleidung angetroffen.

11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt

M/Info

ja nein

a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten

keine Einschränkungen.

b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten

Bewegungseinschränkungen in den Sprunggelenken bds., Belastungsminderung der unteren Extremitäten.

c. Lageveränderung im Bett

selbständig.

d. Aufstehen

selbständig mit Hilfsmitteln.

e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen

freies Sitzen und selbständige Positionsveränderungen möglich.

f. Stehen

freies Stehen möglich.

g. Gehen

selbständiges Gehen am Rollator, bei Bedarf mit personeller Unterstützung.

11.3 Liegt ein Sturzrisiko vor?

M/Info

ja nein

von Gutachter beurteilt

von Einrichtung übernommen

11.4 Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?

M/T18

ja nein

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

M/T19

ja nein t.n.z.

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?

M/Info

ja nein

von Gutachter beurteilt

von Einrichtung übernommen

M/T1

ja nein

11.7 Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?

M/T2

ja nein t.n.z.

11.8 Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung ^{M/Info}

Gewicht 75 kg (aktuell am 04.10.2016)
 Größe 150 cm
 BMI 33 kg/m²
 Gewicht 74 kg (vor ca. 3 Mon. am 04.07.2016)
 Gewicht 74 kg (vor ca. 6 Mon. am 05.04.2016)
 Der Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten ist konstant.
 Flüssigkeitsversorgung: unauffällig

12.2 Der Bewohner ist versorgt mit: ^{M/Info} t.n.z.

12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung? ^{M/Info} ja nein

von Gutachter beurteilt

von Einrichtung übernommen

12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung? ^{M/Info} ja nein

von Gutachter beurteilt

von Einrichtung übernommen

12.5 Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst? ^{M/T7} ja nein

12.6 Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst? ^{M/T10} ja nein

12.7 Werden bei Einschränkung der selbstständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt? ^{M/T8} ja nein t.n.z.

12.8 Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbstständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt? ^{M/T11} ja nein t.n.z.

12.9 Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? ^{M/T9} ja nein

M/T12

12.10 Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?

ja nein

M/T28

12.11 Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt?

ja nein t.n.z.

Kapitel 13 Harninkontinenz

- 13.1 Der Bewohner ist versorgt mit:** M/Info t.n.z.
- | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| a. Suprapubischem Katheter | ja | nein | |
| | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| b. Transurethralem Katheter | ja | nein | |
| | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| c. Inkontinenzprodukten (offen) | ja | nein | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| d. Hilfsmitteln | ja | nein | |
| | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| e. Sonstigem | ja | nein | |
| | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
- 13.2 Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?** M/Info
- | | | | |
|----------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| von Gutachter beurteilt | ja | nein | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| von Einrichtung übernommen | ja | nein | |
| | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
- 13.3 Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkathe-
ther individuelle Risiken und Ressourcen erfasst?** M/T16
- | | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | ja | nein | t.n.z. |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 13.4 Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkathe-
ther die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?** M/T17
- | | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | ja | nein | t.n.z. |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kapitel 14 Umgang mit Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

14.1 Orientierung und Kommunikation ^{M/Info}

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

14.2 Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biografie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt? ^{M/T33}

ja	nein	t.n.z.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14.3 Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und sozialen Betreuung einbezogen? ^{M/T34}

ja	nein	t.n.z.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14.4 Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und sozialen Betreuung berücksichtigt? ^{M/T35}

ja	nein	t.n.z.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14.5 Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/Beschäftigungsangebote gemacht? ^{M/T40}

ja	nein	t.n.z.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14.6 Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet? ^{M/T36}

ja	nein	t.n.z.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kapitel 15 Körperpflege

15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut ^{M/Info}

- a. normal ja nein
- b. Besonderheiten ja nein

15.2 Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? ^{M/T29}

ja nein t.n.z.

15.3 Mundzustand/Zähne ^{M/Info}

- a. normal ja nein
- b. Auffälligkeiten ja nein

15.4 Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? ^{M/T30}

ja nein t.n.z.

Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

- 16.1 Wird beim Pflegeprozess die individuelle soziale Betreuung berücksichtigt? ^M ja nein
- 16.2 Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor? ^{M/T21} ja nein t.n.z.
- 16.3 Wird die Notwendigkeit der freiheitseinschränkenden Maßnahmen regelmäßig überprüft? ^{M/T20} ja nein t.n.z.
- 16.4 Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt? ^{M/T31} ja nein
- 16.5 Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden? ^M ja nein
- 16.6 Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden? ^M ja nein t.n.z.

Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu Bewohner 7

9.1 Auftragsnummer: ^{M/Info} **161025TT15000000-000101823**

Datum	Uhrzeit	Nummer Erhebungsbogen
25.10.2016	14:00	7

9.2 Angaben zum Bewohner ^{M/Info}

Name	7
Pflegekasse	DAK
Pflege-/Wohnbereich	Tagespflege
Geburtsdatum	1930
Einzugsdatum	17.12.2012
Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Morbus Parkinson, Demenz, Z.n. SHF
Pflegestufe	I

Ist die Alltagskompetenz nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung eingeschränkt? ja nein

Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter) ja nein

Vorhandene Unterlagen

9.3 Anwesende Personen ^{M/Info}

Name des Gutachters	Fähser-Zipp, Jutta
Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	stellv. verantwortliche Pflegefachkraft
Name des Mitarbeiters	*****
sonstige Personen (z. B. gesetzlicher Betreuer)	*****

Kapitel 10 Behandlungspflege

- M/T22
- 10.1 Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?** ja nein t.n.z.
- M/T23
- 10.2 Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?** ja nein t.n.z.
- M/T24
- 10.3 Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen?** ja nein t.n.z.
- M/T25
- 10.4 Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung?** ja nein t.n.z.
- M/T26
- 10.5 Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?** ja nein t.n.z.
- M/Info
- 10.6 Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen?** ja nein
- akute Schmerzen
- chronische Schmerzen
- von Gutachter beurteilt
- von Einrichtung übernommen
- M/T13
- 10.7 Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?** ja nein t.n.z.
- M/T14
- 10.8 Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?** ja nein t.n.z.
- M/T15
- 10.9 Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente?** ja nein t.n.z.
- M/T27
- 10.10 Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?** ja nein t.n.z.
- M
- 10.11 Ist der Umgang mit Tracheostoma/Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht?** ja nein t.n.z.
- M/Info
- 10.12 Beschreibung vorliegender Wunden (incl. 10.13)** t.n.z.

- M/T3
- 10.14 Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus dokumentiert?** ja nein t.n.z.
- M/T5
- 10.15 Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?** ja nein t.n.z.
- M/T4
- 10.16 Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus?** ja nein t.n.z.
- M/T6
- 10.17 Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet, ggf. der Arzt informiert und die Maßnahmen angepasst?** ja nein t.n.z.

Kapitel 11 Mobilität

11.1 Bewohner angetroffen:

M/Info

Vers. wird liegend in Tageskleidung angetroffen.

11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt

M/Info

ja nein

a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten

krankheitsbedingter Tremor mit Koordinationsstörungen und Einschränkungen in der Feinmotorik.

b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten

abhängig von der Tagesform Belastungsminderung und Verlangsamung aktiver Bewegungsabläufe.

c. Lageveränderung im Bett

selbständig.

d. Aufstehen

selbständig möglich, bei Bedarf mit personeller Unterstützung.

e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen

freies Sitzen und selbständige Positionsveränderungen möglich.

f. Stehen

freies Stehen begrenzte Zeit möglich.

g. Gehen

abhängig von der Tagesform selbständiges Gehen mit Gehstock oder am Rollator, Gangunsicherheiten, geringe Schritthöhe, bei Bedarf mit personeller Unterstützung.

11.3 Liegt ein Sturzrisiko vor?

M/Info

ja nein

von Gutachter beurteilt

von Einrichtung übernommen

11.4 Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?

M/T18

ja nein

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

M/T19

ja nein t.n.z.

M/Info

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?ja nein

von Gutachter beurteilt

von Einrichtung übernommen

M/T1

11.7 Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?ja nein

M/T2

11.8 Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?ja nein t.n.z.

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung ^{M/Info}

Gewicht 55 kg (aktuell am 04.10.2016)

Größe 160 cm

BMI 21 kg/m²

Gewicht 57 kg (vor ca. 3 Mon. am 02.08.2016)

Gewicht 58 kg (vor ca. 6 Mon. am 03.05.2016)

Der Gewichtsverlauf in den letzten drei Monaten zeigt eine noch nicht relevante Reduktion.

Nach mündlichen Angaben der Einrichtungsvertreter steht der Verlust u.U. im Zusammenhang mit einem grippalen Infekt und/oder einem Krankenhausaufenthalt nach SHF.

Flüssigkeitsversorgung: unauffällig

12.2 Der Bewohner ist versorgt mit: ^{M/Info}

t.n.z.

12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung? ^{M/Info}

ja nein

von Gutachter beurteilt

von Einrichtung übernommen

12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung? ^{M/Info}

ja nein

von Gutachter beurteilt

von Einrichtung übernommen

12.5 Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst? ^{M/T7}

ja nein

12.6 Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst? ^{M/T10}

ja nein

12.7 Werden bei Einschränkung der selbstständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt? ^{M/T8}

ja nein t.n.z.

12.8 Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbstständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt? ^{M/T11}

ja nein t.n.z.

12.9 Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? ^{M/T9}

ja nein

M/T12

12.10 Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?

ja nein

M/T28

12.11 Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt?

ja nein t.n.z.

Kapitel 13 Harninkontinenz

- 13.1 Der Bewohner ist versorgt mit:** M/Info t.n.z.
- 13.2 Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?** M/Info ja nein
- von Gutachter beurteilt
- von Einrichtung übernommen
- 13.3 Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenka-** M/T16 ja nein t.n.z.
- theter individuelle Risiken und Ressourcen erfasst?**
- 13.4 Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasen katheter** M/T17 ja nein t.n.z.
- die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?**

Kapitel 14 Umgang mit Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

14.1 Orientierung und Kommunikation ^{M/Info}

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

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

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

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

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

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

Kapitel 15 Körperpflege

15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut ^{M/Info}

- a. normal ja nein
- b. Besonderheiten ja nein

15.2 Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? ^{M/T29}

ja nein t.n.z.

15.3 Mundzustand/Zähne ^{M/Info}

- a. normal ja nein
- b. Auffälligkeiten ja nein

15.4 Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? ^{M/T30}

ja nein t.n.z.

Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

- 16.1 Wird beim Pflegeprozess die individuelle soziale Betreuung berücksichtigt? ^M ja nein
- 16.2 Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor? ^{M/T21} ja nein t.n.z.
- 16.3 Wird die Notwendigkeit der freiheitseinschränkenden Maßnahmen regelmäßig überprüft? ^{M/T20} ja nein t.n.z.
- 16.4 Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt? ^{M/T31} ja nein
- 16.5 Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden? ^M ja nein
- 16.6 Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden? ^M ja nein t.n.z.

Kapitel 18 Befragung der Bewohner

- 18.3 Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?
M/T67
- 18.4 Nehmen sich die Mitarbeiter ausreichend Zeit für Sie?
M/T68
- 18.5 Wird mit Ihnen der Zeitpunkt von Pflege- und Betreuungsmaßnahmen abgestimmt?
M/T60
- 18.6 Entscheiden Sie, ob Ihre Zimmertür offen oder geschlossen gehalten wird?
M/T61
- 18.7 Werden Sie von den Mitarbeitern motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen?
M/T62
- 18.8 Sorgen die Mitarbeiter dafür, dass Ihnen beim Waschen außer der Pflegekraft niemand zusehen kann?
M/T63
- 18.9 Fragen die Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?
M/T69
- 18.10 Schmeckt Ihnen das Essen?
M/T70
- 18.11 Können Sie beim Mittagessen zwischen verschiedenen Gerichten auswählen?
M/T66
- 18.12 Sind Sie mit den Essenszeiten zufrieden?
M/T71
- 18.13 Bekommen Sie jederzeit ausreichend zuzahlungsfrei zu trinken angeboten?
M/T72
- 18.14 Entsprechen die sozialen und kulturellen Angebote Ihren Interessen?
M/T73
- 18.15 Wird Ihnen die Teilnahme an für Sie interessanten Beschäftigungsangeboten ermöglicht?
M/T74

^{M/T75}
18.16 Wird Ihnen die erforderliche Unterstützung gegeben, um sich im Freien aufhalten zu können?

^{M/T76}
18.17 Können Sie jederzeit Besuch empfangen, wann Sie wollen?

^{M/T65}
18.18 Entspricht die Hausreinigung Ihren Erwartungen?

^{M/T77}
18.19 Erhalten Sie die zum Waschen abgegebene Wäsche zeitnah, vollständig und in einwandfreiem Zustand aus der Wäscherei zurück?

^{M/T64}
18.20 Hat sich für Sie etwas zum Positiven geändert, wenn Sie sich beschwert haben?

Versichertenliste:

Vers. 1 DAK Gesundheit

Vers. 2 Deutscher Ring Hamburg

Vers. 3 BEK GEK

Vers. 4 AOK Hesens

Vers. 5 Bundesknappschaft

Vers. 6 AOK

Vers. 7 DAK