

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:
04.04.2017

**Qualitätsprüfung gemäß §§ 114 ff SGB XI der Pflegeeinrichtung "apl Tagespflege Schöne
Zeit, Wetzlarer Str. 55, 35638 Leun"
Auftragsnummer 170322T1815000000-000102638**

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 06. September 2016.

Sie erhalten den erstellten Prüfbericht als Anlage.

Mit freundlichen Grüßen

MDK Hessen

1. Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

1.1 Auftragsnummer

Auftragsnummer: 170322T1815000000-000102638

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

Name des Ansprechpartners: Uwe Bördner

E-Mail des Ansprechpartners: nomail@itsg.de

Rufnummer des Ansprechpartners: 06473-3279

1.3 Daten zur Prüfung

Auftraggeber / Zuständiger Landesverband der Pflegekassen:
vdek

Prüfung durch:
MDK

Prüftermine:
22.03.2017

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

Prüfende(r) Gutachter:
Gisela Noormann
Pflegefachkraft, Auditor

Claudia Heinz
Pflegefachkraft, Auditor

1.4 Prüfungsauftrag nach §§ 114 SGB XI

Anlass: Regelprüfung

Nächtliche Prüfung: nein

Die letzte Qualitätsprüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI erfolgte am 25.10.2016.

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	8
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 nach SGB XI eingestuft in Pflegegrad						
			keiner	1	2	3	4	5	noch nicht eingestuft
Tagespflege	ja	8	0	0	1	3	3	1	0
	Gesamt:	8	0	0	1	3	3	1	0

Die Zufallsstichprobe basiert auf der zu Beginn der Prüfung von der Einrichtung vorgelegten Gästeliste. Zur Stichprobenermittlung wurde die Zahl "6" gewürfelt.

Am Tag der Qualitätsprüfung waren acht Tagespflegegäste anwesend:
Pflegegrad 2 = 1 Gast
Pflegegrad 3 = 3 Gäste
Pflegegrad 4 = 3 Gäste

Pflegegrad 5 = 1 Gast

Von vier Tagespflegegästen konnte kein Einverständnis zur Begutachtung eingeholt werden, da die Angehörigen/Betreuer nicht erreicht wurden.
Insgesamt wurden vier Gäste unter pflegerischen und betreuungsspezifischen Gesichtspunkten begutachtet:

PG 3 = zwei Gäste

PG 4 = zwei Gäste

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

ja nein t.n.z.

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

- | | | |
|----|--|---------------|
| a. | schriftlich dargelegt im Einrichtungskonzept | nicht geprüft |
| b. | Pflegfachkräfte 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 Hennche, Leun und Getränke Oase Reuss, Solms und Firma
Apetito

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.

Im Rahmen der Prüfung wurden keine Defizite in der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festgestellt. Die Gäste vermittelten einen sehr zufriedenen Eindruck. Während der Prüfung war ein liebevoller und wertschätzender Umgang mit den Gästen deutlich spürbar.

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 22.03.2017 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 wesentlichen Prüfergebnisse statt. Aufgrund der positiven Ergebnisse ist die Einleitung und Umsetzung erforderlicher Maßnahmen aktuell nicht erforderlich.

**Das Gutachten wurde mittels EDV erstellt und ist ohne Unterschrift gültig.
Verantwortlich für das Gutachten: Gisela Noormann, Pflegefachkraft, Auditorin.
Freigabe durch: Gisela Noormann**

Der Einrichtung wurde im Rahmen des Abschlussgespräches der Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Qualitätsprüfung nach §§ 114 ff SGB XI und dem Prüfbericht übergeben. Das Verfahren zur Onlinenutzung der im Bogen enthaltenen Zugangsdaten wurde erläutert.

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 Demenz

Kapitel 15. Körperpflege

Kapitel 16. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

Kapitel 17. Sonstiges

Kapitel 18. Befragung der Bewohner als zusammenfassende Darstellung aller befragten Personen

Kapitel 2 Allgemeine Angaben

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, die demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen aufweisen, 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?

Kapitel 3 Aufbauorganisation Personal

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

Info

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

3.3 Die verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien: ja nein

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

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

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	0,50	0	-	1
(Gesundheits- und) Krankenpfleger/in	0	1	0,50	1	0,25	0,75
Angelernte Kräfte	0	3	0,50	3	0,25	2,25
Bundesfreiwilligendienstleistende	0	1	0,60	0	-	0,6
soziale Betreuung						
Zus. Betr.-Kräfte nach § 85 Abs. 8 SGB XI	0	2	0,50	1	0,25	1,25

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

Unter Bundesfreiwilligendienstleistende ist eine Mitarbeiterin "FOS" mit 3/5 Stellenanteil gekennzeichnet.

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 körperbezogener Pflegemaßnahmen von Mitarbeitern ohne pflegerische Ausbildung durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet?** ja nein t.n.z.
-
- 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)
- b. Soll-, Ist- und Ausfallzeiten
- c. Zeitpunkt der Gültigkeit und Einsatzort
- d. vollständige Namen (Vor- und Zunamen)
- e. Qualifikation
- f. Umfang des Beschäftigungsverhältnisses (Wochen- oder Monatsarbeitszeit)
- g. Legende für Dienst- und Arbeitszeiten
- h. Datum
- i. Unterschrift der verantwortlichen Person
- j. Übergabezeiten und Zeiten für Teambesprechungen

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 Verantwortung 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 per Zufallsauswahl (gewürfelte Zahl durch die Einrichtung: 6) die oben gekennzeichneten Expertenstandards einbezogen. Nicht einbezogene Expertenstandards wurden mit "nicht geprüft" gekennzeichnet

- 5.3 ^{Info} **Ergreift die stationäre Pflegeeinrichtung Maßnahmen, um Kontinkturen 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
- 5.5 **Wird ein geeignetes Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter in der Pflege nachweislich angewandt?** ja nein t.n.z.

- a. Zielvorgaben im Konzept nicht geprüft
- b. zeitliche Vorgaben im Konzept nicht geprüft
- c. inhaltliche Vorgaben im Konzept nicht geprüft
- d. Pflegefachkraft als Ansprechpartner im Konzept benannt nicht geprüft
- e. Differenzierung nach Qualifikation der Mitarbeiter im Konzept nicht geprüft
- f. Einarbeitungsbeurteilung im Konzept nicht geprüft
- g. Konzept angewandt nicht geprüft

M/T32

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

ja nein

M/T50

5.7 Erfolgt eine nachweisliche Bearbeitung von Beschwerden?

ja nein

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 ^M
- b. Reinigung und Ver- und Entsorgung kontagiöser oder kontaminierter Gegenstände ^M
- c. Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensanweisungen wird regelmäßig überprüft ^M
- d. innerbetriebliche Verfahrensanweisungen Mitarbeitern bekannt ^M
- e. alle im Rahmen des Hygienemanagements erforderlichen Desinfektionsmittel sind vorhanden ^M
- 6.3 Stehen den Mitarbeitern in stichprobenartig besuchten Wohnbereichen in erforderlichem Umfang Arbeitshilfen zur Verfügung?** ja nein
- a. Handschuhe
- b. Händedesinfektionsmittel
- c. Schutzkleidung
- 6.4 Liegen geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen vor?** ^M 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 Betreuung angeboten?** ja nein
- a. Werden im Rahmen der Betreuung ^{M/T42} Gruppenangebote gemacht?
- b. Werden im Rahmen der Betreuung ^{M/T43} Angebote für Bewohner gemacht, die nicht an Gruppenangeboten teilnehmen können?
- 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 Betreuung auf die Bewohnergruppen und deren Bedürfnisse ausgerichtet?** ^{M/T46} ja nein

- 8.4 Wird die 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.

- 8.6 In welchem Stenumfang sind in der stationären Pflegeeinrichtung Mitarbeiter für die Betreuung beschäftigt (ohne zusätzliche Betreuungskräfte nach § 85 Abs. 8 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 § 84 Abs. 8 i. V. m. § 85 Abs. 8 SGB XI Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuungskräfte vereinbart?** ^{M/Info} ja nein

Vollzeitstellen: 1,5

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 § 85 Abs. 8 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-RL an Fortbildungsmaßnahmen im Umfang von insgesamt mindestens 16 Unterrichtsstunden teilgenommen? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. | Ist gewährleistet, dass zusätzliche ^M Betreuungskräfte gemäß § 2 der Betreuungskräfte-RL nicht regelmäßig körperbezogene Maßnahmen, Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege oder hauswirtschaftliche Tätigkeiten 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 ^{M/T47} in die stationäre Pflegeeinrichtung? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| b. | Erfolgt eine regelhafte Überprüfung ^{M/T48} und ggf. Anpassung der Angebote zur Eingewöhnung durch die stationäre Pflegeeinrichtung? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8.10 | Gibt es konzeptionelle Aussagen ^{M/T49}zur Sterbebegleitung? | ja | nein | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu Bewohner 1

9.1 Auftragsnummer: ^{M/Info} 170322T181500000-000102638

Datum	Uhrzeit	Nummer Erhebungsbogen
22.03.2017	10:24	1

9.2 Angaben zum Bewohner ^{M/Info}

Name	1
Pflegekasse	AOK
Pflege-/Wohnbereich	Tagespflege
Geburtsdatum	1938
Einzugsdatum	01.01.2017
Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Demenz Typ Alzheimer, Osteoporose
Pflegegrad	4

Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?

ja nein

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

Vorhandene Unterlagen EDV-gestützte Pflegedokumentation

9.3 Anwesende Personen

^{M/Info}

Name des Gutachters	Heinz, Claudia
Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	stellvertretende 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

g. Gehen

mit Rollator, kleinschrittig

Hilfsmittel: Rollator

11.3 Liegt ein erhöhtes 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

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 63 kg (aktuell am 06.03.2017)
 Größe 158 cm
 BMI 25 kg/m²
 Gewicht 64 kg (vor ca. 3 Mon. am 01.02.2017)
 Der Gewichtsverlauf 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
-

- 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 (geschlossen)
geschlossenes System | 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 | 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 Blasenka-
theter individuelle Risiken und Ressourcen erfasst?** M/T16 ja nein t.n.z.
- | | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | ja | nein | t.n.z. |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 13.4 Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenka-
theter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?** M/T17 ja nein t.n.z.
- | | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | ja | nein | t.n.z. |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kapitel 14 Umgang mit Demenz

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"/> |

Der Tagespflegegast ist in allen Qualitäten nicht voll orientiert.

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

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

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

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

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

Kapitel 15 Körperpflege

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 Betreuung berücksichtigt? ^M ja nein
- 16.2 Liegen bei freiheitsentziehenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor? ^{M/T21} ja nein t.n.z.
- 16.3 Wird die Notwendigkeit der freiheitsentziehenden 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} **170322T181500000-000102638**

Datum	Uhrzeit	Nummer Erhebungsbogen
22.03.2017	11:15	2

9.2 Angaben zum Bewohner ^{M/Info}

Name	2
Pflegekasse	DAK
Pflege-/Wohnbereich	Tagespflege
Geburtsdatum	1943
Einzugsdatum	18.02.2013
Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Schizoaffektive Psychose mit beginnender dementieller Entwicklung, erhebliche Gangstörung im Sinne eines Parkinsonoids unter Depressiva, Diabetes mellitus, Hypertonie
Pflegegrad	3

Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?

ja nein

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

Vorhandene Unterlagen EDV-gestützte Pflegedokumentation

9.3 Anwesende Personen ^{M/Info}

Name des Gutachters	Heinz, Claudia
Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft
Name des Mitarbeiters	*****
sonstige Personen (z. B. gesetzlicher Betreuer)	*****

Kapitel 10 Behandlungspflege

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

11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt

M/Info

ja nein

- a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten
eingeschränkte Bewegungseinschränkung des rechten Ellenbogengelenkes
- g. Gehen
selbständig

11.3 Liegt ein erhöhtes 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

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 62 kg (aktuell am 06.03.2017)
 Größe 153 cm
 BMI 26 kg/m²
 Gewicht 64 kg (vor ca. 3 Mon. am 02.01.2017)
 Gewicht 63 kg (vor ca. 6 Mon. am 05.10.2016)
 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)
Panty | 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 | 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 Blasenka-
theter individuelle Risiken und Ressourcen erfasst?** M/T16 ja nein t.n.z.
- | | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | ja | nein | t.n.z. |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 13.4 Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenka-
theter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?** M/T17 ja nein t.n.z.
- | | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | ja | nein | t.n.z. |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kapitel 14 Umgang mit Demenz

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"/> |

Der Tagespflegegast ist zeitweise in allen Qualitäten nicht orientiert.

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

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

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

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

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

Kapitel 15 Körperpflege

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 Betreuung berücksichtigt? ^M ja nein
- 16.2 Liegen bei freiheitsentziehenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor? ^{M/T21} ja nein t.n.z.
- 16.3 Wird die Notwendigkeit der freiheitsentziehenden 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} 170322T181500000-000102638

Datum	Uhrzeit	Nummer Erhebungsbogen
22.03.2017	10:13	3

9.2 Angaben zum Bewohner ^{M/Info}

Name	3
Pflegekasse	AOK
Pflege-/Wohnbereich	Tagespflege
Geburtsdatum	1933
Einzugsdatum	23.11.2016
Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Demenz,
Pflegegrad	3

Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?

ja nein

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

Vorhandene Unterlagen Pflegedokumentation EDV

1x wö.

9.3 Anwesende Personen ^{M/Info}

Name des Gutachters	Noormann, Gisela
Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	stellvertretende 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
Nackengriff nicht endgradig möglich
- b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten
steife Bewegungsabläufe
- d. Aufstehen
unter Festhalten, teilweise Impulsgabe erforderlich
- f. Stehen
unter Festhalten (wegen Schwindel)
- g. Gehen
Begleitung beim Gehen wegen schwankendem Gang erforderlich

11.3 Liegt ein erhöhtes 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

11.7 Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?

M/T1

ja nein

M/T2

11.8 Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?

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

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

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

Gewicht 82 kg (aktuell am 08.03.2017)
 Größe 173 cm
 BMI 27 kg/m²
 Gewicht 83 kg (vor ca. 3 Mon. am 07.12.2016)
 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

- 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 (geschlossen)
Pants | 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 | 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 Blasenka-
theter individuelle Risiken und Ressourcen erfasst?** M/T16 ja nein t.n.z.
- | | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | ja | nein | t.n.z. |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 13.4 Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenka-
theter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?** M/T17 ja nein t.n.z.
- | | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | ja | nein | t.n.z. |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kapitel 14 Umgang mit Demenz

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"/> |

Der Tagespflegegast ist zeitlich, situativ nicht orientiert. Es ist Lenkung bei allen Verrichtungen wegen dem dementiellen Prozess erforderlich.

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

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

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

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

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

Kapitel 15 Körperpflege

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 Betreuung berücksichtigt? ^M ja nein
- 16.2 Liegen bei freiheitsentziehenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor? ^{M/T21} ja nein t.n.z.
- 16.3 Wird die Notwendigkeit der freiheitsentziehenden 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} 170322T181500000-000102638

Datum	Uhrzeit	Nummer Erhebungsbogen
22.03.2017	11:40	4

9.2 Angaben zum Bewohner ^{M/Info}

Name	4
Pflegekasse	BKK advita
Pflege-/Wohnbereich	Tagespflege
Geburtsdatum	1939
Einzugsdatum	26.02.2015
Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Demenz, Z. n. Darmteilresektion
Pflegegrad	4

Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?

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	Noormann, Gisela
Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft
Name des Mitarbeiters	*****
sonstige Personen (z. B. gesetzlicher Betreuer)	*****

Kapitel 10 Behandlungspflege

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

Begleitung ist wegen Lenkungsbedarf aufgrund der kognitiven Defizite erforderlich.

11.3 Liegt ein erhöhtes 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

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 76 kg (aktuell am 03.03.2017)
 Größe 178 cm
 BMI 24 kg/m²
 Gewicht 78 kg (vor ca. 3 Mon. am 09.12.2016)
 Gewicht 78 kg (vor ca. 6 Mon. am 05.10.2016)
 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)
Pants werden zum Schutz getragen | 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 Blasenka-
theter 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 Blasenka-
theter 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 Demenz

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"/> |

Der Tagespflegegast ist zeitlich und situativ nicht orientiert. Es besteht ausgeprägter Lenkungsbedarf. Zeitweise bestehe herausforderndes Verhalten.

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

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

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

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

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

Kapitel 15 Körperpflege

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

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

^{M/T29} 15.2 Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? ja nein t.n.z.

15.3 Mundzustand/Zähne ^{M/Info}

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

^{M/T30} 15.4 Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? ja nein t.n.z.

Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

- 16.1 Wird beim Pflegeprozess die individuelle Betreuung berücksichtigt? ^M ja nein
- 16.2 Liegen bei freiheitsentziehenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor? ^{M/T21} ja nein t.n.z.
- 16.3 Wird die Notwendigkeit der freiheitsentziehenden 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 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?

Liste der in die Prüfung einbezogenen Bewohner:

B1 AOK

B2 DAK

B3 AOK

B4 BKK advita