

AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse
Friedrich-Ebert-Str. 49
45127 Essen



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

Postfach 51 10 40
50946 Köln

Prüfbericht nach §§ 114 ff SGB XI

Geprüfte Einrichtung: Tagespflege St. Gereon Setterich

Hauptstraße 124

52499 Baesweiler

IK Nummer: 512531621

Auftragsnummer: 140915VT90000000-000009472

Datum der Prüfung: 15.09.2014 bis 16.09.2014

Auditor: Gabriele Müller

Qualitätsprüfer: Stefan Steinbach

Prüfberichtserstellung: 22.09.2014



Abteilung Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen
Gustav-Heinemann-Ufer 74c * 50968 Köln
Telefon: 0221 / 9987 - 2920 * Telefax: 0221 / 9987 - 2921
Pruefdienst@pkv.de



Hinweise:

M = Mindestangaben

Info = Informationsfrage

T = Transparenzkriterium

B = Sonstige Bewertungsfrage

t.n.z. = trifft nicht zu

n.e. = nicht erforderlich (wird für die Prüfung nicht benötigt)

k.A. = keine Angabe

E = Empfehlung

Hinweise

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

Prüfmaßstab

Sozialgesetzbuch 11. Buch (SGB XI)

Rahmenvertrag zur teilstationären Pflege gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Nordrhein-Westfalen

Versorgungsvertrag gemäß § 72 SGB XI

Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der teilstationären Pflege (Tagespflege) vom 10. Dezember 2012 (MuG)

Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität vom 10. Dezember 2013 in der Fassung vom 17. Januar 2014

Kapitel 1. Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

M/Info	
1.1 Auftragsnummer:	140915VT90000000-000009472

M/Info	
1.2 Daten zur Einrichtung	
a. Name	Tagespflege St. Gereon Setterich
b. Straße	Hauptstraße 124
c. PLZ/Ort	52499 Baesweiler
d. Institutions- kennzeichen (IK)	1. 512531621
	2.
	3.
	4.
e. Telefon	02401 6031755
f. Fax	02401 6072633
g. E-Mail	kontakt@st-gereon.info
h. Internet-Adresse	www.st-gereon.info
i. Träger/Inhaber	St. Gereon Seniorendienste gGmbH, Klosterberg 5, 41836 Hückelhoven
j. Trägerart	<input type="checkbox"/> privat <input checked="" type="checkbox"/> freigemeinnützig <input type="checkbox"/> öffentlich <input type="checkbox"/> nicht zu ermitteln
k. ggf. Verband	Diözesan Caritasverband, Aachen
l. Einrichtungsart	<input type="checkbox"/> Stationär <input checked="" type="checkbox"/> Teilstationär <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege
m. Datum Abschluss Versorgungsvertrag	13.05.2011
n. Datum Inbetriebnahme der stationären Pflegeeinrichtung	01.05.2010
o. Heimleitung Name	Bernd Bogert (Geschäftsführer)
p. Verantw. PFK Name	Jolanta Thoms
q. Stellv. verantw. PFK Name	Alexandra Knopczyk
r. ggf. vorhandene Zweigstellen/Filialen	---
s. Zertifizierung	<input type="checkbox"/> liegt vor <input checked="" type="checkbox"/> liegt nicht vor
t. Name des Ansprechpartners für die DCS	Bernd Bogert
u. E-Mail des Ansprechpartners der DCS	bernd.bogert@st-gereon.info
v. Rufnummer des Ansprech- partners für die DCS	02401 6031755
w. Fax des Ansprechpartners für die DCS	02401 6072633

Die aktuellen Rufnummern lauten:
 Telefon: 02401 6031755
 Fax: 02401 6072633

M/Info	
1.3 Daten zur Prüfung	
a. Auftraggeber / Zuständiger Landesverband der Pflegekassen	<input checked="" type="checkbox"/> AOK <input type="checkbox"/> KBS <input type="checkbox"/> BKK <input type="checkbox"/> LKK <input type="checkbox"/> IKK <input type="checkbox"/> vdek
b. Prüfung durch	<input type="checkbox"/> MDK <input checked="" type="checkbox"/> PKV-Prüfdienst
c. Datum	15.09.2014 16.09.2014
	von TT.MM.JJJJ bis TT.MM.JJJJ
d. Uhrzeit	1. Tag
	09:00 14:45
	von bis
	2. Tag
	09:00 12:15
	von bis
3. Tag	
	von bis
e. Gesprächspartner der stationären Pflegeeinrichtung	Claudia Fabry; Jolanta Thoms
f. Prüfende(r) Gutachter	Gabriele Müller Stefan Steinbach
g. An der Prüfung Beteiligte	Namen
	<input type="checkbox"/> Pflegekasse
	<input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger
	Nach heimrechtlichen <input type="checkbox"/> Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde
	<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt
	<input checked="" type="checkbox"/> Trägerverband
	<input type="checkbox"/> Sonstige: welche?
Torsten Peiler	
h. Ansprechpartner des MDK / PKV-Prüfdiensts für die DCS	Name
	Frank Schlerfer
	E-Mailadresse
	pruefdienst@pkv.de

M/Info	
1.4 Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI	
a. <input checked="" type="checkbox"/> Regelprüfung	
b. <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Beschwerde Bewohner, Angehörige o.ä.) <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Hinweise von anderen Institutionen) <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (sonstige Hinweise)	
c. <input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung <input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung auf Antrag der stationären Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> nach Regelprüfung <input type="checkbox"/> nach Anlassprüfung	
d. <input type="checkbox"/> nächtliche Prüfung	
e. Datum der letzten Prüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI	24.10.2013
f. Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen	<input type="checkbox"/> Nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> keine Angaben <input type="checkbox"/> Prüfung nach anerkanntem Prüfverfahren

M/Info					
1.5 Art der Einrichtung und Versorgungssituation					
	Vollstationäre Pflege	Kurzzeitpflege	Teilstationäre Pflege - Tag	Teilstationäre Pflege - Nacht	ggf. Bewohner im Schwerpunkt
vorgehaltene Plätze	0	0	14	0	0
belegte Plätze	0	0	0	0	0
davon vorgehaltene Plätze nach Organisationsform					
angegliedert	0	0	0	0	0
eingestreut	0	0	0	0	0
solitär	0	0	14	0	0

Laut Angabe der Pflegeeinrichtung werden aktuell 43 Pflegebedürftige betreut, die an unterschiedlichen Tagen und in unterschiedlichen Rhythmen präsent sind. Die maximale Belegungszahl von 14 Pflegebedürftigen pro Tag werde dadurch nicht überschritten. Am 1. Tag der Qualitätsprüfung besuchen 14 und am 2. Tag zehn Pflegebedürftige die Pflegeeinrichtung.

M/Info									
1.6 Struktur der Wohn- und Pflegebereiche									
Wohn-/ Pflegebereich	Bereich auf einer Ebene	Anzahl Bewohner	davon PEA	davon nach SGB XI eingestuft in Pflegestufe					
				keine	I	II	III	davon Härtefälle	noch nicht eingestuft
Tagespflege	ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	24	17	0	10	14	0	0	0
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	0	0	0	0	0	0	0	0
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	0	0	0	0	0	0	0	0
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	0	0	0	0	0	0	0	0
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	0	0	0	0	0	0	0	0
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	0	0	0	0	0	0	0	0
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	0	0	0	0	0	0	0	0
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	0	0	0	0	0	0	0	0
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	0	0	0	0	0	0	0	0
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	0	0	0	0	0	0	0	0
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	0	0	0	0	0	0	0	0
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	0	0	0	0	0	0	0	0
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	0	0	0	0	0	0	0	0
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	0	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt:		24	17	0	10	14	0	0	0

Die Angaben spiegeln die Belegungssituation beider Prüfungstage wider.

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

M/Info	
1.8 Ist ein pflegfachlicher Schwerpunkt vereinbart?	
	ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/>
Wenn ja, welcher?	

M/Info	
1.10 Werden Zusatzleistungen gemäß § 88 SGB XI von der stationären Pflegeeinrichtung angeboten?	
	ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/>
Wenn ja, welcher?	

M/Info	
1.11 Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht?	
	ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?	
a.	<input type="checkbox"/> Grundpflege
b.	<input type="checkbox"/> Behandlungspflege
c.	<input type="checkbox"/> soziale Betreuung
d.	<input type="checkbox"/> Speisen- und Getränkeversorgung
e.	<input type="checkbox"/> Wäscheversorgung
f.	<input type="checkbox"/> Hausreinigung

2. Zusammenfassende Beurteilung

In diesem Kapitel sind die wichtigsten Feststellungen in zusammenfassender Form wiedergegeben. Die Empfehlungen zur Beseitigung vorgefundener Qualitätsdefizite bzw. der Anforderungen, welche sich hieraus ergeben, sind unter Abschnitt 3 aufgeführt. Detaillierte Ergebnisse, insbesondere zu den einzelnen Versicherten, sind in den Anlagen zum Prüfbericht beschrieben.

Zusammenfassende Beurteilung

Im Eröffnungsgespräch werden der Prüfauftrag und der beratungsorientierte Prüfansatz den Einrichtungsvertretern erläutert. Das Prüfteam weist darauf hin, dass nur die während der Qualitätsprüfung vorgelegten Dokumente in die Bewertung einbezogen werden können. Der Prüfungsablauf wird mit den Einrichtungsvertretern abgestimmt.

Zur Auswahl der Stichprobe werden Belegungslisten der beiden Prüfungstage vorgelegt. Die Pflegeeinrichtung betreut aktuell keine Pflegebedürftigen der Pflegestufe III. In der Pflegestufe I und II werden jeweils drei Personen ausgewählt. Das jeweilige Einverständnis wird durch die Qualitätsprüfer bei den Pflegebedürftigen bzw. der vertretungsberechtigten Person eingeholt und dokumentiert. Von drei Pflegebedürftigen der Pflegestufe I werden die vertretungsberechtigten Personen nicht erreicht. Jeweils ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe I und II lehnt die Teilnahme ab. Eine entsprechende Nachziehung erfolgt. Das jeweils erteilte Einverständnis wird dokumentiert.

Bei einem Rundgang durch die gepflegte Pflegeeinrichtung ist eine jahreszeitliche und bewohnerorientierte Gestaltung bspw. durch Herbstschmuck erkennbar. Zwei Ruheräume und ein lichtdurchfluteter Gemeinschaftsbereich mit Küchenzeile stehen den Pflegebedürftigen zur Verfügung. Ein Balkon mit Zugang zur Fußgängerzone kann von den Pflegebedürftigen genutzt werden.

An beiden Tagen der Qualitätsprüfung gestaltet sich die Arbeitsatmosphäre in allen Bereichen offen und konstruktiv. Die erforderlichen Informationen und Unterlagen werden zur Verfügung gestellt. Die Sichtung sämtlicher Unterlagen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisprüfung erfolgt in Zusammenarbeit mit der Gesamtleitung der Tagespflegeeinrichtungen des Trägers.

Wie in der Vorjahresprüfung bestehen keine Abweichungen im Sinne der Qualitätsprüfungs-Richtlinien.

Alle aufgesuchten Pflegebedürftigen zeigen sich bei der Inaugenscheinnahme in einem guten Versorgungs- und Pflegezustand.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 2 Allgemeine Angaben

Alle Kriterien sind erfüllt.

Für jeden Pflegebedürftigen stehen abschließbare Fächer zur Verfügung. Sie wirken an der Gestaltung der Gemeinschaftsräume mit. Für Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz besteht die Möglichkeit, jeder Zeit in Begleitung die Pflegeeinrichtung zu verlassen.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 4 Ablauforganisation

Alle Kriterien sind erfüllt.

Die Pflege ist im Sinne der Bezugspflege organisiert. Die Personaleinsatzplanung ist mit Blick auf den Versorgungs- und Pflegebedarf der Bewohner adäquat.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 5 Qualitätsmanagement

Alle Kriterien sind erfüllt.

Die Zuständigkeit für das Qualitätsmanagement liegt auf der Leitungsebene. Die Aufgaben werden von der verantwortlichen Pflegefachkraft wahrgenommen. Die Pflegeeinrichtung setzt die beiden per Zufallsauswahl ausgewählten Expertenstandards um. Die Pflegeeinrichtung ergreift Maßnahmen, um Kontraktionen zu vermeiden. In der Pflegeeinrichtung liegt eine aktuelle Liste der in der Pflege eingesetzten Mitarbeiter mit Qualifikationen und ausgewiesenen Handzeichen vor. Die Mitarbeiter in der Pflege und Betreuung werden regelmäßig in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult. Beschwerden werden nachweislich bearbeitet.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 6 Hygiene

Alle Kriterien sind erfüllt.

Der Gesamteindruck der Pflegeeinrichtung in Bezug auf Sauberkeit, Ordnung und Geruch ist gut. Ein angemessenes Hygienemanagement ist vorhanden. Es liegen geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen vor.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 7 Verpflegung

Alle Kriterien sind erfüllt.

Der Speiseplan wird in gut lesbarer Form eines Wochenplans bekannt gegeben. In der Pflegeeinrichtung wird ein abwechslungsreiches, vielseitiges und bedarfsgerechtes Speiseangebot vorgehalten. Der Zeitpunkt des Essens kann im Rahmen bestimmter Zeitkorridore frei gewählt werden. Speziellen Erfordernissen der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr der Pflegebedürftigen wird Rechnung getragen. Die Mahlzeiten werden in für die Pflegebedürftigen angenehmen Räumlichkeiten und in ruhiger Atmosphäre angeboten.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 8 Soziale Betreuung

Alle Kriterien sind erfüllt.

Die Pflegeeinrichtung bietet Leistungen der sozialen Betreuung an: Gruppenangebote finden statt. Für Pflegebedürftige, die nicht an Gruppenangeboten teilnehmen können, werden Angebote unterbreitet. Aktivitäten zur Kontaktaufnahme/Kontaktpflege mit dem örtlichen Gemeinwesen finden statt. Maßnahmen zur Förderung der Kontaktpflege zu den Angehörigen werden durchgeführt. Die Angebote der sozialen Betreuung sind auf die Pflegebedürftigen und deren Bedürfnisse ausgerichtet. In der Pflegeeinrichtung wird die soziale Betreuung ausschließlich von den Pflegefachkräften durchgeführt. Die Pflegeeinrichtung hat auf der Grundlage des § 87b SGB XI Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf vereinbart. Derzeit ist eine Betreuungskraft nach § 87b SGB XI beschäftigt. Die Pflegeeinrichtung begleitet die Eingewöhnung der Pflegebedürftigen systematisch.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 10 Behandlungspflege

Alle Kriterien sind erfüllt.

Bei zwei Pflegebedürftigen der Stichprobe liegt eine ärztliche Verordnung für die Medikamentengabe vor. Sie erfolgt entsprechend der ärztlichen Anordnung. Der Umgang mit Medikamenten ist in diesen Fällen sachgerecht.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 11 Mobilität

Alle Kriterien sind erfüllt.

Das individuelle Sturz- und Dekubitusrisiko wird bei allen Pflegebedürftigen der Stichprobe erfasst.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Alle Kriterien sind erfüllt.

Die individuellen Ernährungsrisiken als auch die individuellen Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung werden bei allen Pflegebedürftigen der Stichprobe erfasst. Bei zwei der sechs Pflegebedürftigen bestehen Einschränkungen bei der selbständigen Nahrungsversorgung. Die erforderlichen Maßnahmen werden bei ihnen durchgeführt. Bei einem der sechs Pflegebedürftigen bestehen Einschränkungen bei der selbständigen Flüssigkeitsversorgung. Die erforderlichen Maßnahmen werden bei ihm durchgeführt. Im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung ist bei allen Pflegebedürftigen der Stichprobe ihr Ernährungszustand sowie ihre Flüssigkeitsversorgung angemessen.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 13 Harninkontinenz

Alle Kriterien sind erfüllt.

Bei den drei Pflegebedürftigen mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter werden die individuellen Ressourcen und Risiken erfasst. Die erforderlichen Maßnahmen werden bei den betroffenen Pflegebedürftigen nachvollziehbar durchgeführt.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 14 Umgang mit Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

Alle Kriterien sind erfüllt.

Bei allen Pflegebedürftigen liegt eine eingeschränkte Alltagskompetenz und/oder Demenz vor. Bei diesen Pflegebedürftigen wird deren Biographie beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt. Bei diesen Pflegebedürftigen werden die Angehörigen und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und sozialen Betreuung einbezogen. Bei den sechs Pflegebedürftigen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und/oder Demenz wird die Selbstbestimmung in der Pflege und sozialen Betreuung berücksichtigt. Ihnen werden geeignete Freizeit-/Beschäftigungsangebote gemacht. Ihr Wohlbefinden wird im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert, und es werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 15 Körperpflege

Das Kapitel entfällt, da bei keinem Pflegebedürftigen der Stichprobe die Kriterien zutreffen.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

Alle Kriterien sind erfüllt.

Die individuelle soziale Betreuung wird bei allen Pflegebedürftigen der Stichprobe beim Pflegeprozess berücksichtigt. Bei keinem Pflegebedürftigen der Stichprobe werden freiheitseinschränkende Maßnahmen angewendet. Die Pflege wird im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt. Ihr Einsatz erfolgt entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 18 Befragung der Bewohner

In der Zufriedenheitsbefragung äußern sich die sechs befragten Pflegebedürftigen durchweg sehr zufrieden mit der Versorgung und Betreuung. Sie freuen sich auf die Tage, die sie in der Pflegeeinrichtung verbringen dürfen.

Abschlussgespräch

In einem vorbehaltlichen Abschlussgespräch bedankt sich das Prüfteam für die Kooperation der Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung und informiert die Einrichtungsvertreter über erste Ergebnisse. Es liegen keine Abweichungen im Sinne der Qualitätsprüfungs-Richtlinien vor. Das überdurchschnittliche Engagement im Bereich der sozialen Angebote unter Berücksichtigung der Individualität der Pflegebedürftigen wird aufgezeigt. Ferner werden der respektvolle und wertschätzende Umgang der Mitarbeiter mit den Pflegebedürftigen und die ruhige Atmosphäre thematisiert. Die Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragungen der Pflegebedürftigen werden aufgezeigt.

Der Ablauf der weiteren Prüfberichtserstellung und -versendung wird dargestellt.

3. Empfehlung zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten

Zu nachfolgenden Fragen der Struktur- und Prozessqualität:

Keine

Zu nachfolgenden Fragen der Prozess- und Ergebnisqualität:

Keine

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

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

Frank Schlerfer,

Abteilungsleiter Qualitätsprüfung von Pflegeeinrichtungen

Anlage zum Prüfbericht nach §§ 114 SGB XI

Inhaltsverzeichnis

Kapitel 1 Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung
Kapitel 2 Allgemeine Angaben
Kapitel 3 Aufbauorganisation Personal
Kapitel 4 Ablauforganisation
Kapitel 5 Qualitätsmanagement
Kapitel 6 Hygiene
Kapitel 7 Verpflegung
Kapitel 8 Soziale Betreuung

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

Kapitel 9 Allgemeine Angaben
Kapitel 10 Behandlungspflege
Kapitel 11 Mobilität
Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung
Kapitel 13 Harninkontinenz
Kapitel 14 Umgang mit Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz
Kapitel 15 Körperpflege
Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität
Kapitel 17 Sonstiges

Kapitel 18 Befragung beim Pflegebedürftigen als zusammenfassende Darstellung aller befragten Personen

Kapitel 2. Allgemeine Angaben

Info	
2.1 Defizite in der Ausstattung bei:	<input checked="" type="checkbox"/> t.n.z.
a. <input type="checkbox"/> Stufenloser Eingang und Wohnbereich (Niveauunterschiede sind mit Rampen ausgeglichen)	
b. <input type="checkbox"/> Aufzüge mit großen, für Rollstuhlfahrer erreichbaren (Höhe unter 1,20 m) Bedienelementen	
c. <input type="checkbox"/> Handläufe in den Fluren	
d. <input type="checkbox"/> Haltegriffe im Sanitärbereich (Toiletten, Duschen, Badewannen)	
e. <input type="checkbox"/> Bad und Toilette	
f. <input type="checkbox"/> Fäkalienspülen	
g. <input type="checkbox"/> intakte und erreichbare Rufanlage	
h. <input type="checkbox"/> höhenverstellbare Pflegebetten	
i. <input type="checkbox"/> Fußboden	
j. <input type="checkbox"/> Beleuchtung	
k. <input type="checkbox"/> allgemeine Orientierungshilfen (Speiseraum, WC, etc.)	
l. <input type="checkbox"/> abschließbare Medikamentenschränke	
m. <input type="checkbox"/> Sonstiges	

- ja nein
- 2.2 Wird bei der Gestaltung der Wohnräume den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner nach Privatheit und Wohnlichkeit Rechnung getragen?
- M/T51/B
- a. Ist die Gestaltung der Bewohnerzimmer z.B. mit eigenen Möbeln, persönlichen Gegenständen und Erinnerungstücken sowie die Entscheidung über ihre Platzierung möglich?
- M/B
- b. Stehen für jeden Bewohner abschließbare Schubladen oder Fächer zur Verfügung?
- M/T52/B
- c. Wirken die Bewohner an der Gestaltung der Gemeinschaftsräume mit?

zu a) Die Frage trifft für die Tagespflegeeinrichtung nicht zu und wird daher mit "ja" belegt.

- | | | ja | nein | t.n.z. |
|-----|--|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 2.3 | Bezüglich der strukturellen Anforderungen an die Versorgung von Bewohnern mit eingeschränkter Alltagskompetenz trifft für die stationäre Pflegeeinrichtung Folgendes zu: | | | <input type="checkbox"/> |
| | M/T37/B | | | |
| a. | Sind gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | M/T38/B | | | |
| b. | Können die Bewohner die Zimmer entsprechend ihrer Lebensgewohnheiten gestalten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | M/T39/B | | | |
| c. | Wird mit individuellen Orientierungshilfen gearbeitet? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

zu a) Die Pflegeeinrichtung hat einen Balkon, der einen offenen Zugang zur Fußgängerzone hat. Die Pflegebedürftigen mit eingeschränkter Alltagskompetenz können jederzeit in Begleitung den Balkon nutzen.

Kapitel 4. Ablauforganisation

4.1 Ist die Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert? ja nein

M/B

a. Verantwortlichkeit für Planung, Durchführung und Bewertung der Pflege als Aufgabe für Pflegefachkraft geregelt

M/B

b. personelle Kontinuität der pflegerischen Versorgung geregelt

4.3 Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung grundpflegerischer Tätigkeiten von ungelernten Mitarbeitern ohne pflegerische Ausbildung durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet? ja nein

M/B

Die pflegerische Versorgung wird ausschließlich von Fachkräften durchgeführt. Somit wird die Frage mit "ja" bewertet.

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

M/B

Kapitel 5. Qualitätsmanagement

-
- | | | | |
|-----|--|-------------------------------------|--------------------------|
| | M/B | ja | nein |
| 5.1 | Liegt die Zuständigkeit für das Qualitätsmanagement auf der Leitungsebene und werden die Aufgaben von dieser wahrgenommen? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Die Pflegeeinrichtung ist in ein zentrales Qualitätsmanagement eingebunden. Die Verantwortlichkeit in der Pflegeeinrichtung liegt bei der verantwortlichen Pflegefachkraft.

- | | | | | |
|-----|---|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| | | ja | nein | nicht geprüft |
| 5.2 | Setzt die stationäre Pflegeeinrichtung die folgenden zwei per Zufallsauswahl ausgewählten Expertenstandards um? | | | |
| | M/B | | | |
| a. | Dekubitusprophylaxe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | M/B | | | |
| b. | Pflegerisches Schmerzmanagement - Akutschmerz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | M/B | | | |
| c. | Pflegerisches Schmerzmanagement - chronischer Schmerz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | M/B | | | |
| d. | Sturzprophylaxe | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | M/B | | | |
| e. | Kontinenzförderung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | M/B | | | |
| f. | Chronische Wunden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | M/B | | | |
| g. | Ernährungsmanagement | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
-

- | | | | |
|-----|--|-------------------------------------|--------------------------|
| | Info | ja | nein |
| 5.3 | Ergreift die stationäre Pflegeeinrichtung Maßnahmen, um Kontrakturen zu vermeiden? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Die Pflegeeinrichtung setzt zur Vermeidung von Kontrakturen eine Arbeitsanweisung Kontrakturprophylaxe ein. Ein Risikoassessment ist in der computergestützten Pflegedokumentation hinterlegt. Durch die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung werden Aktivitäten zur Bewegungsförderung, wie z.B. Sitztanz, "Fit für 100" und Bewegungsrunde angeboten.

		ja	nein
5.4	Liegt in der stationären Pflegeeinrichtung eine aktuelle Liste der in der Pflege eingesetzten Mitarbeiter mit Qualifikationen und ausgewiesenen Handzeichen vor?		
	M/B	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	aktuell (umfasst alle Mitarbeiter, die seit mehr als 1 Woche beschäftigt sind)		
	M/B	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Nennung der Qualifikation		
	M/B	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Vor- und Zunamen		
	M/B	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Handzeichen übereinstimmend		

	M/T32/B	ja	nein
5.6	Werden die Mitarbeiter in der Pflege und Betreuung regelmäßig in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	M/T50/B	ja	nein
5.7	Erfolgt eine nachweisliche Bearbeitung von Beschwerden?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kapitel 6. Hygiene

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

Kapitel 7. Verpflegung

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

Kapitel 8. Soziale Betreuung

- | | | |
|-----|---|--|
| | | ja nein |
| 8.1 | Werden Leistungen der sozialen Betreuung angeboten? | |
| | M/T42/B | |
| a. | Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Gruppenangebote gemacht? | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | M/T43/B | |
| b. | Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Angebote für Bewohner gemacht, die nicht an Gruppenangeboten teilnehmen können? | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | M/T44/B | |
| c. | Gibt es Aktivitäten zur Kontaktaufnahme/Kontaktpflege mit dem örtlichen Gemeinwesen? | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | M/T45/B | |
| d. | Gibt es Maßnahmen zur Förderung der Kontaktpflege zu den Angehörigen? | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|-----|--|--|
| | M/T46/B | ja nein |
| 8.3 | Sind die Angebote der sozialen Betreuung auf die Bewohnergruppen und deren Bedürfnisse ausgerichtet? | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

M/Info		
8.6	In welchem Stellenumfang sind in der stationären Pflegeeinrichtung Mitarbeiter für die soziale Betreuung beschäftigt (ohne Mitarbeiter nach § 87b SGB XI)?	
	Stellenumfang	3

Die Angebote der soziale Betreuung werden ausschließlich von den Pflegekräften durchgeführt. Derzeit sind drei Stellen für die Pflege und soziale Betreuung besetzt.

M/Info		
8.7	Hat die stationäre Pflegeeinrichtung auf der Grundlage des § 87b SGB XI Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf vereinbart?	ja nein <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Wenn ja, mit welchem Stellenumfang?	

Es sind Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf auf der Grundlage des § 87b SGB XI vereinbart. Ein Stellenumfang entsprechend eines festgelegten Verhältnisses von Vollzeitkräften zu Pflegebedürftigen ist in der Vereinbarung nicht angegeben. Der Einsatz von zusätzlichen Betreuungskräften erfolgt nach Angabe der Einrichtungsvertreter entsprechend des Verhältnisses von einer Vollzeitkraft zu 24 Pflegebedürftigen. Zum Zeitpunkt der Qualitätsprüfung ist eine 0,4 Stelle besetzt.

- | | | 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"/> |
| | M/B | | | |
| a. | Sind die Stellen der zusätzlichen Betreuungskräfte im vereinbarten Umfang besetzt? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | M/B | | | |
| b. | Verfügen die eingesetzten zusätzlichen Betreuungskräfte über die erforderliche Qualifikation gemäß § 4 der Betreuungskräfte-RI? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | M/B | | | |
| c. | Haben alle eingesetzten zusätzlichen Betreuungskräfte im vergangenen Jahr nach § 4 Abs. 4 der Betreuungskräfte-RI an mindestens einer zweitägigen Fortbildungsmaßnahme teilgenommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | M/B | | | |
| d. | Ist gewährleistet, dass zusätzliche Betreuungskräfte gemäß § 2 der Betreuungskräfte-RI nicht regelmäßig grund- und behandlungspflegerische sowie hauswirtschaftliche Maßnahmen durchführen? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

In der Pflegeeinrichtung werden am ersten Tag der Qualitätsprüfung insgesamt zehn Pflegebedürftige mit Anspruch auf Betreuungsleistungen nach § 87b SGB XI betreut. Dies ergibt ein Stellenkontingent von 0,416 Stellen. Am zweiten Tag der Qualitätsprüfung sind sieben Pflegebedürftige mit Anspruch auf Leistungen nach § 87b SGB XI Vorort. Diese entspricht einem Stellenanteil von 0,291 Stellen.

zu c) Die Qualifikation der zusätzlichen Betreuungskraft wurde am 10.04.2014 erworben.

- | | | ja | nein |
|-----|--|-------------------------------------|--------------------------|
| 8.9 | Wird die Eingewöhnung der Bewohner in die stationäre Pflegeeinrichtung systematisch begleitet? | | |
| | M/T47/B | | |
| a. | Gibt es Hilfestellungen zur Eingewöhnung in die stationäre Pflegeeinrichtung? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | M/T48/B | | |
| b. | Erfolgt eine regelhafte Überprüfung und ggf. Anpassung der Angebote zur Eingewöhnung durch die stationäre Pflegeeinrichtung? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | ja | nein |
|------|---|-------------------------------------|--------------------------|
| 8.10 | Gibt es konzeptionelle Aussagen zur Sterbebegleitung? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Die Frage trifft für die Tagespflege nicht zu und wird somit mit ja bewertet.

Prüfung beim Pflegebedürftigen

Versicherte Person 1

Kapitel 9. Allgemeine Angaben

M/Info					
9.1 Auftragsnummer:				140915VT90000000-000009472	
Datum	16.09.2014	Uhrzeit	11:09	Nummer Erhebungsbogen	Prüfung beim Pflegebedürftigen 2014 - Gabriele.Müller - 1

M/Info	
9.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	Versicherte Person 1
b. Pflegekasse	Knappschaft
c. Pflege-/Wohnbereich	
d. Geburtsjahr	1929
e. Einzugsdatum	24.04.2014
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Demenz, Depressionen, Hypertonie, Varikosis, Arteriosklerose
g. Pflegestufe	
<input checked="" type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> Härtefall
h. Ist die Alltagskompetenz nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung eingeschränkt?	
ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	
ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
j. Vorhandene Unterlagen	computergestützte Dokumentation und archivierte Unterlagen

M/Info	
9.3 Anwesende Person	
a. Name des Gutachters	Gabriele Müller
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	verantwortliche Pflegefachkraft; Gesamtleitung Tagespflegen/Pflegefachkraft
c. Name des Mitarbeiters	
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	

Kapitel 10. Behandlungspflege

10.1 M/T22/B Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar? ja nein t.n.z.

Eine aktive Kommunikation mit dem Arzt ist während des zu prüfenden Zeitraums nicht erforderlich.

10.2 M/T23/B Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen? ja nein t.n.z.

10.3 M/T24/B Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen? ja nein t.n.z.

10.4 M/T25/B Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnungen? ja nein t.n.z.

10.5 M/T26/B Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht? ja nein t.n.z.

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

10.7 M/T13/B Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung? ja nein t.n.z.

10.8 M/T14/B Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt? ja nein t.n.z.

10.9 M/T15/B Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente? ja nein t.n.z.

10.10 M/T27/B Sind Kompressionsstrümpfe/ -verbände sachgerecht angelegt? ja nein t.n.z.

10.11 M/B Ist der Umgang mit Tracheostoma/Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht? ja nein t.n.z.

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

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

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

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

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

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

Kapitel 11. Mobilität

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

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

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

M/T18/B

11.4 Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst? ja nein

M/T19/B

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? <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein		
Punkte	nach:	Von:
	Norton	Gutachter erhoben
	Braden	Einrichtung übernommen
	Sonstige	

M/T1/B

11.7 Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst? ja nein

M/T2/B

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

Kapitel 12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

M/Info				
12.1 Gewicht Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
a. Aktuelles Gewicht		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
	Datum	15.09.2014	30.05.2014	
	kg	76,1	72,2	
			<input type="checkbox"/> t.n.z.	<input checked="" type="checkbox"/> t.n.z.
b. Aktuelle Größe in cm	167			
c. Aktueller BMI (kg/m ²)	27,29			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="checkbox"/> zugenommen <input type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input checked="" type="checkbox"/> kann nicht ermittelt werden			
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

Die Pflegebedürftige wird in der Pflegeeinrichtung seit dem 24.04.2014 betreut.

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

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

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

Kapitel 13. Harninkontinenz

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

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

Es liegt eine Kontinenz vor.

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

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

Kapitel 14. Umgang mit Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

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

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

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

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

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

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

Kapitel 15. Körperpflege

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

M/T29/B		ja	nein	t.n.z.
15.2	Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

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

	M/T30/B	ja	nein	t.n.z.
15.4	Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Kapitel 16. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

Kapitel 17. Sonstiges

-

Prüfung beim Pflegebedürftigen

Versicherte Person 2

Kapitel 9. Allgemeine Angaben

M/Info					
9.1 Auftragsnummer:				140915VT90000000-000009472	
Datum	15.09.2014	Uhrzeit	11:14	Nummer Erhebungsbogen	Prüfung beim Pflegebedürftigen 2014 - Stefan.Steinbach - 1

M/Info	
9.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	Versicherte Person 2
b. Pflegekasse	Techniker Krankenkasse
c. Pflege-/Wohnbereich	
d. Geburtsjahr	1937
e. Einzugsdatum	10.03.2014
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Demenz, Diabetes mellitus Typ II, Depression, Hypertonie
g. Pflegestufe	
<input type="checkbox"/> I	<input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> Härtefall
h. Ist die Alltagskompetenz nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung eingeschränkt?	
ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	
ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
j. Vorhandene Unterlagen	computergestützte Dokumentation und archivierte Unterlagen

M/Info	
9.3 Anwesende Person	
a. Name des Gutachters	Stefan Steinbach
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	verantwortliche Pflegefachkraft, Gesamtleitung Tagespflegen/Pflegefachkraft
c. Name des Mitarbeiters	
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	

Kapitel 10. Behandlungspflege

M/T22/B

10.1 Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar? ja nein t.n.z.

Laut Angabe der anwesenden Pflegefachkraft sei in den letzten vier Wochen keine aktive Kommunikation mit Arzt notwendig gewesen.

M/T23/B

10.2 Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen? ja nein t.n.z.

M/T24/B

10.3 Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen? ja nein t.n.z.

M/T25/B

10.4 Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnungen? ja nein t.n.z.

M/T26/B

10.5 Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht? ja nein t.n.z.

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

M/T13/B

10.7 Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung? ja nein t.n.z.

M/T14/B

10.8 Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt? ja nein t.n.z.

M/T15/B

10.9 Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente? ja nein t.n.z.

M/T27/B

10.10 Sind Kompressionsstrümpfe/ -verbände sachgerecht angelegt? ja nein t.n.z.

M/B

10.11 Ist der Umgang mit Tracheostoma/Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht? ja nein t.n.z.

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

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

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

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

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

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

Kapitel 11. Mobilität

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

M/Info			
11.2	Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Beschreibung		
a.	Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	Alle Gelenke können altersentsprechend bewegt werden.	
b.	Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	Alle Gelenke können altersentsprechend bewegt werden. Kraftminderung beider Beine	
c.	Lageveränderung im Bett	selbstständig	
d.	Aufstehen	selbstständig	
e.	Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	freies Sitzen möglich, Lageveränderung im Sitzen selbstständig	
f.	Stehen	selbstständig	
g.	Gehen	selbstständig mit Rollator, verlangsamtes Gangbild	

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

Laut den vorgelegten Unterlagen liegt aus Sicht der Pflegeeinrichtung kein erhöhtes Sturzrisiko vor, da die Pflegebedürftige selbstständig den Rollator nutzt. Mit Hilfe des Rollators ist das Gangbild sicher.

M/T18/B		ja	nein
11.4	Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T19/B		ja	nein	t.n.z.
11.5	Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

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

M/T1/B		ja	nein
11.7	Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T2/B		ja	nein	t.n.z.
11.8	Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Kapitel 12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

M/Info				
12.1 Gewicht Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
a. Aktuelles Gewicht		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
	Datum	11.08.2014	30.05.2014	
	kg	71,6	71,1	
			<input type="checkbox"/> t.n.z.	<input checked="" type="checkbox"/> t.n.z.
b. Aktuelle Größe in cm	159			
c. Aktueller BMI (kg/m ²)	28,32			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="checkbox"/> zugenommen <input type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input checked="" type="checkbox"/> kann nicht ermittelt werden			
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

Die Pflegebedürftige wird seit dem 10.03.2014 durch die Pflegeeinrichtung versorgt.

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

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

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

Kapitel 13. Harninkontinenz

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

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

Es liegt eine Kontinenz vor. Im Rahmen der Inaugenscheinnahme gibt die Pflegebedürftige an, dass sie die Inkontinenzprodukte als Kleidungsschutz trage.

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

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

Kapitel 14. Umgang mit Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

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

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

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

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

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

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

Kapitel 15. Körperpflege

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

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

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

	M/T30/B	ja	nein	t.n.z.
15.4	Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Kapitel 16. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

Kapitel 17. Sonstiges

-

Prüfung beim Pflegebedürftigen

Versicherte Person 3

Kapitel 9. Allgemeine Angaben

M/Info					
9.1 Auftragsnummer:				140915VT90000000-000009472	
Datum	15.09.2014	Uhrzeit	11:20	Nummer Erhebungsbogen	Prüfung beim Pflegebedürftigen 2014 - Stefan.Steinbach - 2

M/Info	
9.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	Versicherte Person 3
b. Pflegekasse	Knappschaft
c. Pflege-/Wohnbereich	
d. Geburtsjahr	1929
e. Einzugsdatum	22.04.2013
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Demenz, chronische ischämische Herzkrankheit, depressive Episoden
g. Pflegestufe	
<input checked="" type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> Härtefall
h. Ist die Alltagskompetenz nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung eingeschränkt?	
ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	
ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
j. Vorhandene Unterlagen	computergestützte Dokumentation und archivierte Unterlagen

M/Info	
9.3 Anwesende Person	
a. Name des Gutachters	Stefan Steinbach
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	verantwortliche Pflegefachkraft, Gesamtleitung Tagespflegen/Pflegefachkraft
c. Name des Mitarbeiters	
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	

Kapitel 10. Behandlungspflege

10.1 M/T22/B Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar? ja nein t.n.z.

Laut Angabe der anwesenden Pflegefachkraft sei in den letzten vier Wochen keine aktive Kommunikation mit Arzt notwendig gewesen.

10.2 M/T23/B Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen? ja nein t.n.z.

10.3 M/T24/B Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen? ja nein t.n.z.

10.4 M/T25/B Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnungen? ja nein t.n.z.

10.5 M/T26/B Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht? ja nein t.n.z.

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

10.7 M/T13/B Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung? ja nein t.n.z.

10.8 M/T14/B Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt? ja nein t.n.z.

10.9 M/T15/B Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente? ja nein t.n.z.

10.10 M/T27/B Sind Kompressionsstrümpfe/ -verbände sachgerecht angelegt? ja nein t.n.z.

10.11 M/B Ist der Umgang mit Tracheostoma/Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht? ja nein t.n.z.

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

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

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

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

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

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

Kapitel 11. Mobilität

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

M/Info	
11.2	Bewegungsfähigkeit eingeschränkt ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Beschreibung
a.	Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten keine Einschränkungen
b.	Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten keine Einschränkungen
c.	Lageveränderung im Bett selbstständig
d.	Aufstehen selbstständig
e.	Sitzen/Lageveränderung im Sitzen freies Sitzen möglich, Lageveränderung im Sitzen selbstständig
f.	Stehen selbstständig
g.	Gehen selbstständig, verlangsamtes, sicheres Gangbild

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

11.4 Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst? M/T18/B ja nein

11.5 Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt? M/T19/B ja nein t.n.z.

M/Info				
11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor? <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein				
Punkte _____	nach:	Von:		
	Norton	<input type="checkbox"/>	Gutachter erhoben	<input type="checkbox"/>
	Braden	<input type="checkbox"/>	Einrichtung übernommen	<input checked="" type="checkbox"/>
	Sonstige	<input checked="" type="checkbox"/>		

11.7 Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst? M/T1/B ja nein

11.8 Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt? M/T2/B ja nein t.n.z.

Kapitel 12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

M/Info				
12.1 Gewicht Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
a. Aktuelles Gewicht		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
	Datum	21.08.2014	30.05.2014	01.02.2014
	kg	75,2	76	74,3
			<input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> t.n.z.
b. Aktuelle Größe in cm	162			
c. Aktueller BMI (kg/m ²)	28,65			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="checkbox"/> zugenommen <input checked="" type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input type="checkbox"/> kann nicht ermittelt werden			
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

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

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

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

Kapitel 13. Harninkontinenz

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

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

Es liegt eine Kontinenz vor.

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

M/T17/B

- 13.4 Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?
- ja nein t.n.z.

Kapitel 14. Umgang mit Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

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

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

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

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

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

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

Kapitel 15. Körperpflege

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

	M/T29/B	ja	nein	t.n.z.
15.2	Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

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

	M/T30/B	ja	nein	t.n.z.
15.4	Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Kapitel 16. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

Kapitel 17. Sonstiges

-

Prüfung beim Pflegebedürftigen

Versicherte Person 4

Kapitel 9. Allgemeine Angaben

M/Info					
9.1 Auftragsnummer:				140915VT90000000-000009472	
Datum	15.09.2014	Uhrzeit	14:07	Nummer Erhebungsbogen	Prüfung beim Pflegebedürftigen 2014 - Stefan.Steinbach - 3

M/Info	
9.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	Versicherte Person 4
b. Pflegekasse	IKK classic
c. Pflege-/Wohnbereich	
d. Geburtsjahr	1949
e. Einzugsdatum	22.05.2014
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Zustand nach Hirnblutung
g. Pflegestufe	
<input type="checkbox"/> I	<input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> Härtefall
h. Ist die Alltagskompetenz nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung eingeschränkt?	
ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	
ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
j. Vorhandene Unterlagen	computergestützte Dokumentation und archivierte Unterlagen

M/Info	
9.3 Anwesende Person	
a. Name des Gutachters	Stefan Steinbach
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	verantwortliche Pflegefachkraft, Gesamtleitung Tagespflegen/Pflegefachkraft
c. Name des Mitarbeiters	
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	

Kapitel 10. Behandlungspflege

M/T22/B

10.1 Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar? ja nein t.n.z.

Laut Angabe der anwesenden Pflegefachkraft sei in den letzten vier Wochen keine aktive Kommunikation mit Arzt notwendig gewesen.

M/T23/B

10.2 Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen? ja nein t.n.z.

M/T24/B

10.3 Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen? ja nein t.n.z.

M/T25/B

10.4 Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnungen? ja nein t.n.z.

M/T26/B

10.5 Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht? ja nein t.n.z.

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

M/T13/B

10.7 Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung? ja nein t.n.z.

M/T14/B

10.8 Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt? ja nein t.n.z.

M/T15/B

10.9 Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente? ja nein t.n.z.

M/T27/B

10.10 Sind Kompressionsstrümpfe/ -verbände sachgerecht angelegt? ja nein t.n.z.

M/B

10.11 Ist der Umgang mit Tracheostoma/Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht? ja nein t.n.z.

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

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

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

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

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

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

Kapitel 11. Mobilität

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

M/Info	
11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Beschreibung
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	keine Einschränkung
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	keine Einschränkungen in den Gelenken, Kraftminderung beider Beine
c. Lageveränderung im Bett	selbstständig
d. Aufstehen	mit personeller Hilfestellung möglich
e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	freies Sitzen möglich, Lageveränderung im Sitzen selbstständig
f. Stehen	kurzfristig mit Festhaltungsmöglichkeit
g. Gehen	ein bis zwei Schritte mit personeller Hilfestellung möglich, Gangunsicherheit, die Fortbewegung im Rollstuhl erfolgt aktiv

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

Laut den vorgelegten Unterlagen liegt aus Sicht der Pflegeeinrichtung kein erhöhtes Sturzrisiko vor, da der Pflegebedürftige nicht selbstständig aufsteht.

M/T18/B		ja	nein
11.4	Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T19/B		ja	nein	t.n.z.
11.5	Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

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

M/T1/B		ja	nein
11.7	Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T2/B		ja	nein	t.n.z.
11.8	Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Kapitel 12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

M/Info				
12.1 Gewicht Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
a. Aktuelles Gewicht		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
	Datum	21.08.2014		
	kg	117,9		
			<input checked="" type="checkbox"/> t.n.z.	<input checked="" type="checkbox"/> t.n.z.
b. Aktuelle Größe in cm	180			
c. Aktueller BMI (kg/m ²)	36,39			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="checkbox"/> zugenommen <input type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input checked="" type="checkbox"/> kann nicht ermittelt werden			
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

Der Pflegebedürftige wird seit dem 06.06.2014 durch die Pflegeeinrichtung versorgt.

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

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

Laut den vorgelegten Unterlagen besteht die Einschränkung im Bereich der Ernährung darin, dass der Pflegebedürftige nicht selbstständig das Fleisch schneiden kann.

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

Kapitel 13. Harninkontinenz

M/Info	
13.1 Der Bewohner ist versorgt mit: <input type="checkbox"/> t.n.z.	
	Beschreibung (Zustand Katheter, Eintrittsstelle, Verband)
a. <input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter	
b. <input checked="" type="checkbox"/> Transurethralem Katheter	Der Katheter sowie das Ablaufsystem ist unauffällig. Der Katheterwechsel erfolgt nicht in der Tagespflegeeinrichtung.
c. <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten	<input type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen
d. <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln	
e. <input type="checkbox"/> Sonstigem	

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

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

M/T17/B

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

Laut Angabe der anwesenden Pflegefachkraft, solle auf Wunsch der Tochter des Pflegebedürftigen keine Entleerung des Katheterbeutels aufgrund einer erhöhten Infektionsgefahr durchgeführt werden. In den vorgelegten Unterlagen wurde am 01.09.2014 ein Gespräch mit der Tochter diesbezüglich dokumentiert.

Kapitel 14. Umgang mit Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

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

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

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

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

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

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

Kapitel 15. Körperpflege

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

M/T29/B
 15.2 Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der
 Einwirkungsmöglichkeiten der stationären
 Pflegeeinrichtung?

ja nein t.n.z.

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

	M/T30/B	ja	nein	t.n.z.
15.4	Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Kapitel 16. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

Kapitel 17. Sonstiges

-

Prüfung beim Pflegebedürftigen

Versicherte Person 5

Kapitel 9. Allgemeine Angaben

M/Info					
9.1 Auftragsnummer:				140915VT90000000-000009472	
Datum	16.09.2014	Uhrzeit	09:12	Nummer Erhebungsbogen	Prüfung beim Pflegebedürftigen 2014 - Stefan.Steinbach - 4

M/Info	
9.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	Versicherte Person 5
b. Pflegekasse	AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse
c. Pflege-/Wohnbereich	
d. Geburtsjahr	1943
e. Einzugsdatum	14.07.2014
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Demenz
g. Pflegestufe	
<input type="checkbox"/> I	<input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> Härtefall
h. Ist die Alltagskompetenz nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung eingeschränkt?	
ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	
ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
j. Vorhandene Unterlagen	computergestützte Dokumentation und archivierte Unterlagen

M/Info	
9.3 Anwesende Person	
a. Name des Gutachters	Stefan Steinbach
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	verantwortliche Pflegefachkraft, Gesamtleitung Tagespflegen/Pflegefachkraft
c. Name des Mitarbeiters	
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	

Kapitel 10. Behandlungspflege

M/T22/B

10.1 Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar? ja nein t.n.z.

Laut Angabe der anwesenden Pflegefachkraft sei in den letzten vier Wochen keine aktive Kommunikation mit Arzt notwendig gewesen.

M/T23/B

10.2 Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen? ja nein t.n.z.

M/T24/B

10.3 Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen? ja nein t.n.z.

M/T25/B

10.4 Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnungen? ja nein t.n.z.

M/T26/B

10.5 Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht? ja nein t.n.z.

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

M/T13/B

10.7 Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung? ja nein t.n.z.

M/T14/B

10.8 Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt? ja nein t.n.z.

M/T15/B

10.9 Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente? ja nein t.n.z.

M/T27/B

10.10 Sind Kompressionsstrümpfe/ -verbände sachgerecht angelegt? ja nein t.n.z.

M/B

10.11 Ist der Umgang mit Tracheostoma/Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht? ja nein t.n.z.

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

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

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

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

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

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

Kapitel 11. Mobilität

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

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

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

11.4 Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst? M/T18/B ja nein

11.5 Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt? M/T19/B ja nein t.n.z.

M/Info		
11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor? <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein		
Punkte _____	nach:	Von:
	Norton <input type="checkbox"/>	Gutachter erhoben <input type="checkbox"/>
	Braden <input type="checkbox"/>	Einrichtung übernommen <input checked="" type="checkbox"/>
	Sonstige <input checked="" type="checkbox"/>	

11.7 Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst? M/T1/B ja nein

11.8 Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt? M/T2/B ja nein t.n.z.

Kapitel 12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

M/Info				
12.1 Gewicht Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
a. Aktuelles Gewicht		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
	Datum	26.08.2014		
	kg	105,4		
			<input checked="" type="checkbox"/> t.n.z.	<input checked="" type="checkbox"/> t.n.z.
b. Aktuelle Größe in cm	180			
c. Aktueller BMI (kg/m ²)	32,53			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="checkbox"/> zugenommen <input type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input checked="" type="checkbox"/> kann nicht ermittelt werden			
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

Der Pflegebedürftige wird seit dem 14.07.2014 durch die Pflegeeinrichtung versorgt.

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

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

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

Kapitel 13. Harninkontinenz

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

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

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

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

Kapitel 14. Umgang mit Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

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

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

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

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

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

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

Kapitel 15. Körperpflege

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

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

M/T29/B

ja nein t.n.z.

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

	M/T30/B			
15.4	Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	ja	nein	t.n.z.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Kapitel 16. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

Kapitel 17. Sonstiges

-

Prüfung beim Pflegebedürftigen

Versicherte Person 6

Kapitel 9. Allgemeine Angaben

M/Info					
9.1 Auftragsnummer:				140915VT90000000-000009472	
Datum	16.09.2014	Uhrzeit	09:24	Nummer Erhebungsbogen	Prüfung beim Pflegebedürftigen 2014 - Stefan.Steinbach - 5

M/Info	
9.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	Versicherte Person 6
b. Pflegekasse	AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse
c. Pflege-/Wohnbereich	
d. Geburtsjahr	1968
e. Einzugsdatum	04.11.2010
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	schwere depressive Episoden, Gehirnatrophie, Diabetes mellitus, Adipositas
g. Pflegestufe	
<input checked="" type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> Härtefall
h. Ist die Alltagskompetenz nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung eingeschränkt?	
ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	
ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
j. Vorhandene Unterlagen	computergestützte Dokumentation und archivierte Unterlagen

M/Info	
9.3 Anwesende Person	
a. Name des Gutachters	Stefan Steinbach
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	verantwortliche Pflegefachkraft, Gesamtleitung Tagespflegen/ Pflegefachkraft
c. Name des Mitarbeiters	
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	

Kapitel 10. Behandlungspflege

M/T22/B

10.1 Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar? ja nein t.n.z.

Laut Angabe der anwesenden Pflegefachkraft sei in den letzten vier Wochen keine aktive Kommunikation mit Arzt notwendig gewesen.

M/T23/B

10.2 Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen? ja nein t.n.z.

M/T24/B

10.3 Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen? ja nein t.n.z.

M/T25/B

10.4 Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnungen? ja nein t.n.z.

M/T26/B

10.5 Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht? ja nein t.n.z.

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

M/T13/B

10.7 Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung? ja nein t.n.z.

M/T14/B

10.8 Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt? ja nein t.n.z.

M/T15/B

10.9 Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente? ja nein t.n.z.

M/T27/B

10.10 Sind Kompressionsstrümpfe/ -verbände sachgerecht angelegt? ja nein t.n.z.

M/B

10.11 Ist der Umgang mit Tracheostoma/Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht? ja nein t.n.z.

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

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

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

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

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

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

Kapitel 11. Mobilität

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

M/Info		ja	nein
11.2	Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beschreibung		
a.	Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	Die Pflegebedürftige kann alle Gelenke altersentsprechend frei bewegen.	
b.	Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	Die Pflegebedürftige kann alle Gelenke altersentsprechend frei bewegen.	
c.	Lageveränderung im Bett	selbstständig	
d.	Aufstehen	selbstständig	
e.	Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	freies Sitzen ist möglich, Lageveränderung im Sitzen selbstständig	
f.	Stehen	selbstständig	
g.	Gehen	selbstständig mit Rollator, verlangsamtes, sicheres Gangbild	

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

Laut den vorgelegten Unterlagen liegt aus Sicht der Pflegeeinrichtung kein erhöhtes Sturzrisiko vor, da die Pflegebedürftige selbstständig den Rollator nutzt. Mit Hilfe des Rollators ist das Gangbild sicher.

M/T18/B		ja	nein
11.4	Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T19/B		ja	nein	t.n.z.
11.5	Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

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

M/T1/B		ja	nein
11.7	Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T2/B		ja	nein	t.n.z.
11.8	Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Kapitel 12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

M/Info				
12.1 Gewicht Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
a. Aktuelles Gewicht		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
	Datum	21.08.2014	30.05.2014	30.01.2014
	kg	136,2	136,1	137,8
			<input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> t.n.z.
b. Aktuelle Größe in cm	170			
c. Aktueller BMI (kg/m ²)	47,13			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="checkbox"/> zugenommen <input checked="" type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input type="checkbox"/> kann nicht ermittelt werden			
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

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

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

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

Kapitel 13. Harninkontinenz

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

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

Es liegt eine unabhängig kompensierte Inkontinenz vor.

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

Kapitel 14. Umgang mit Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

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

Laut Angabe der anwesenden Pflegefachkraft liege eine eingeschränkte Alltagskompetenz aufgrund der depressiven Episoden vor.

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

Kapitel 15. Körperpflege

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

M/T29/B
 15.2 Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der
 Einwirkungsmöglichkeiten der stationären
 Pflegeeinrichtung?

ja nein t.n.z.

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

	M/T30/B	ja	nein	t.n.z.
15.4	Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Kapitel 16. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

Kapitel 17. Sonstiges

-

18. Befragung der Bewohner

In die Befragung wurden 6 Pflegebedürftige (P) einbezogen.

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

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

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

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

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

immer	3	Pflegebedürftige
häufig		Pflegebedürftige
gelegentlich		Pflegebedürftige
nie		Pflegebedürftige
t.n.z.	2	Pflegebedürftige
keine Angaben	1	Pflegebedürftige

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

immer	4	Pflegebedürftige
häufig		Pflegebedürftige
gelegentlich		Pflegebedürftige
nie		Pflegebedürftige
t.n.z.	1	Pflegebedürftige
keine Angaben	1	Pflegebedürftige

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

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

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

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

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

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

10. Behandlungspflege						
Katalog-Index	Wertigkeit	Prüffrage		Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu.	Kriterium nicht erfüllt bei	
		Wortlaut			Anzahl der Pflegebedürftigen	Nummern der Pflegebedürftigen
10.1	M/T22/B	Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?		0/6	0	
10.2	M/T23/B	Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?		0/6	0	
10.3	M/T24/B	Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen?		2/6	0	
10.4	M/T25/B	Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnungen?		0/6	0	
10.5	M/T26/B	Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?		2/6	0	
10.7	M/T13/B	Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?		0/6	0	
10.8	M/T14/B	Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?		0/6	0	
10.9	M/T15/B	Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente?		0/6	0	
10.10	M/T27/B	Sind Kompressionsstrümpfe/ -verbände sachgerecht angelegt?		0/6	0	
10.11	M/B	Ist der Umgang mit Tracheostoma/Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht?		0/6	0	
10.14	M/T3/B	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus dokumentiert?		0/6	0	
10.15	M/T5/B	Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?		0/6	0	
10.16	M/T4/B	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus?		0/6	0	
10.17	M/T6/B	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z.B. Wunddokumentation) ausgewertet, ggf. der Arzt informiert und die Maßnahmen angepasst?		0/6	0	

11. Mobilität					
Prüffrage			Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu.	Kriterium nicht erfüllt bei	
Katalog- Index	Wertig- keit	Wortlaut		Anzahl der Pflege- bedürftigen	Nummern der Pflegebedürftigen
11.4	M/T18/B	Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?	6/6	0	
11.5	M/T19/B	Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?	0/6	0	
11.7	M/T1/B	Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?	6/6	0	
11.8	M/T2/B	Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?	0/6	0	

12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung					
Prüffrage			Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu.	Kriterium nicht erfüllt bei	
Katalog- Index	Wertig- keit	Wortlaut		Anzahl der Pflege- bedürftigen	Nummern der Pflegebedürftigen
12.5	M/T7/B	Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?	6/6	0	
12.6	M/T10/B	Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?	6/6	0	
12.7	M/T8/B	Werden bei Einschränkungen der selbstständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt?	2/6	0	
12.8	M/T11/B	Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbstständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?	1/6	0	
12.9	M/T9/B	Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	6/6	0	
12.10	M/T12/B	Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	6/6	0	
12.11	M/T28/B	Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt?	0/6	0	

13. Harninkontinenz					
Prüfrage			Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu.	Kriterium nicht erfüllt bei	
Katalog- Index	Wertig- keit	Wortlaut		Anzahl der Pflege- bedürftigen	Nummern der Pflegebedürftigen
13.3	M/T16/B	Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkatheter individuelle Risiken und Ressourcen erfasst?	3/6	0	
13.4	M/T17/B	Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?	1/6	0	

14. Umgang mit Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz					
Prüfrage			Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu.	Kriterium nicht erfüllt bei	
Katalog- Index	Wertig- keit	Wortlaut		Anzahl der Pflege- bedürftigen	Nummern der Pflegebedürftigen
14.2	M/T33/B	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	6/6	0	
14.3	M/T34/B	Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und sozialen Betreuung einbezogen?	6/6	0	
14.4	M/T35/B	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und sozialen Betreuung berücksichtigt?	6/6	0	
14.5	M/T40/B	Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/ Beschäftigungsangebote gemacht?	6/6	0	
14.6	M/T36/B	Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	6/6	0	

15. Körperpflege					
Prüfrage			Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu.	Kriterium nicht erfüllt bei	
Katalog- Index	Wertig- keit	Wortlaut		Anzahl der Pflege- bedürftigen	Nummern der Pflegebedürftigen
15.2	M/T29/B	Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	0/6	0	
15.4	M/T30/B	Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	0/6	0	

16. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität					
Prüffrage			Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu.	Kriterium nicht erfüllt bei	
Katalog- Index	Wertig- keit	Wortlaut		Anzahl der Pflege- bedürftigen	Nummern der Pflegebedürftigen
16.1	M/B	Wird beim Pflegeprozess die individuelle soziale Betreuung berücksichtigt?	6/6	0	
16.2	M/T21/B	Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?	0/6	0	
16.3	M/T20/B	Wird die Notwendigkeit der freiheitseinschränkenden Maßnahmen regelmäßig überprüft?	0/6	0	
16.4	M/T31/B	Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt?	6/6	0	
16.5	M/B	Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	6/6	0	
16.6	M/B	Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden?	0/6	0	