

vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen
Ludwig-Erhard-Allee 9
40227 Düsseldorf



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

Postfach 51 10 40
50946 Köln

Prüfbericht nach §§ 114 ff SGB XI

Geprüfte Einrichtung: **St. Gereon Tagespflege**
Callstr. 7
41836 Hückelhoven

IK Nummer: 510503382

Auftragsnummer: 180813VT90000000-000026949

Datum der Prüfung: 13.08.2018 bis 14.08.2018

Auditor: Willi Wolters

Qualitätsprüfer: Martin Kammerich
Kai Schmitz

Prüfberichtserstellung: 24.08.2018



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



Legende/Antwortoptionen

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

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

MA = Mitarbeiter*
PFK = Pflegefachkraft

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

Prüfmaßstab

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 einrichtungswirtschaftlichen 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 27. September 2017 in der Fassung vom 27. November 2017

Kapitel 1. Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

M/Info	
1.1 Auftragsnummer:	180813VT90000000-000026949

M/Info	
1.2 Daten zur Einrichtung	
a. Name	St. Gereon Tagespflege
b. Straße	Callstr. 7
c. PLZ/Ort	41836 Hückelhoven
d. Institutions- kennzeichen (IK)	1. 510503382
	2.
	3.
	4.
e. Telefon	02433-4469120
f. Fax	02433-4469129
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 Email: bernd.bogert@st-gereon.info
j. Trägerart	<input type="checkbox"/> privat <input checked="" type="checkbox"/> freigemeinnützig <input type="checkbox"/> öffentlich <input type="checkbox"/> nicht zu ermitteln
k. ggf. Verband	Caritasverband für das Bistum Aachen
l. Einrichtungsart	<input type="checkbox"/> stationär <input checked="" type="checkbox"/> teilstationär <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege
m. Datum Abschluss Versorgungsvertrag	01.11.2016
n. Datum Inbetriebnahme der stationären Pflegeeinrichtung	01.11.2016
o. Heimleitung Name	Bernd Bogert
p. Verantw. PFK Name	Manuela Garbrecht
q. Stellv. verantw. PFK Name	Patrick Pelzer
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 für die DCS	bernd.bogert@st-gereon.info
v. Rufnummer des Ansprech- partners für die DCS	02462-981603
w. Faxnummer des Ansprech- partners für die DCS	02462-981602

M/Info	
1.3 Daten zur Prüfung	
a. Auftraggeber / Zuständiger Landesverband der Pflegekassen	<input type="checkbox"/> AOK <input type="checkbox"/> KBS <input type="checkbox"/> BKK <input type="checkbox"/> LKK <input type="checkbox"/> IKK <input checked="" type="checkbox"/> vdek
b. Prüfung durch	<input type="checkbox"/> MDK <input checked="" type="checkbox"/> PKV-Prüfdienst
c. Datum	13.08.2018 14.08.2018 von bis
d. Uhrzeit 1. Tag	09:00 14:30 von bis
2. Tag	09:00 10:00 von bis
3. Tag	von bis
e. Gesprächspartner der stationären Pflegeeinrichtung	Manuela Garbrecht, Jacqueline Wieck
f. Prüfende(r) Gutachter	Willi Wolters Martin Kammerich Kai Schmitz
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	Maria Endres
<input type="checkbox"/> Sonstige: welche?	
h. Ansprechpartner des MDK / PKV-Prüfdiensts für die DCS	Name Frank Schlerfer E-Mailadresse pruefdienst@pkv.de

M/Info			
1.4 Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI			
a.	<input checked="" type="checkbox"/> Regelprüfung		
b.	<input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Beschwerde Bewohner, Angehörige o.ä.) <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Hinweise von anderen Institutionen) <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (sonstige Hinweise)		
c.	<input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung nach Regelprüfung <input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung nach Anlassprüfung		
d.	<input type="checkbox"/> nächtliche Prüfung		
e.	Datum der letzten Prüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI	11.12.2017	
f.	Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen	Nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde <input checked="" type="checkbox"/>	11.12.2017
		<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt	
		<input type="checkbox"/> Sonstige	
		<input type="checkbox"/> keine Angaben	

M/Info					
1.5 Art der Einrichtung und Versorgungssituation					
	Vollstationäre Pflege	Kurzzeitpflege	Teilstationäre Pflege - Tag	Teilstationäre Pflege - Nacht	ggf. Bewohner im Schwerpunkt
vorgehaltene Plätze	0	0	16	0	0
belegte Plätze	0	0	0	0	0
davon vorgehaltene Plätze nach Organisationsform					
	angegliedert	0	0	0	0
	eingestreut	0	0	0	0
	solitär	0	16	0	0

An den Tagen der Qualitätsprüfung sind am ersten Tag 16 Pflegebedürftige anwesend und am zweiten Tag 12 Pflegebedürftige anwesend. Die vereinbarte Platzzahl wird an keinem Tag überschritten.

M/Info									
1.6 Struktur der Wohn- und Pflegebereiche									
Wohn-/ Pflegebereich	Bereich auf einer Ebene	Anzahl Bewohner	davon nach SGB XI eingestuft in Pflegegrad						
			keiner	1	2	3	4	5	noch nicht eingestuft
Tagespflege	ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	21	0	0	11	6	4	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:	21	0	0	11	6	4	0	0

Die Angaben basieren auf der Selbstausskunft der Pflegeeinrichtung.

M/Info

1.7 Nach Angabe der stationären Pflegeeinrichtung Anzahl Bewohner mit:

a. Wachkoma	0
b. Beatmungspflicht	0
c. Dekubitus	0
d. Blasenkatheter	0
e. PEG-Sonde	0
f. Fixierung	0
g. Kontraktur	0
h. vollständiger Immobilität	0
i. Tracheostoma	0
j. MRSA	0

Nach Angabe der Einrichtungsvertreter würden zum Zeitpunkt der Qualitätsprüfung keine Pflegebedürftigen in den genannten Pflegesituationen betreut.

M/Info

1.8 Ist ein pflegfachlicher Schwerpunkt vereinbart?

ja nein

Wenn ja, welcher?

M/Info

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

ja nein

Wenn ja, welche?

M/Info

1.11 Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht?

ja nein

Wenn ja, welche?

a.	<input type="checkbox"/> Körperbezogene Pflegemaßnahmen
b.	<input type="checkbox"/> Behandlungspflege
c.	<input type="checkbox"/> Betreuung
d.	<input type="checkbox"/> Speisen- und Getränkeversorgung
e.	<input checked="" type="checkbox"/> Wäscheversorgung
f.	<input checked="" type="checkbox"/> Hausreinigung

zu e):

Mengelers Stomerij en Wasserij, Kerkrade

zu f):

BWS GmbH, Erkelenz

2. Zusammenfassende Beurteilung

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

Zusammenfassende Beurteilung

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

Die Stichprobenerhebung erfolgt analog zur Qualitätsprüfungs-Richtlinie (QPR). Nach Angabe der Einrichtungsvertreter würden zum Zeitpunkt der Qualitätsprüfung keine Pflegebedürftigen im Pflegegrad 5 betreut. Im Rahmen der Stichprobe besucht das Prüftteam sieben Pflegebedürftige, begutachtet sie unter medizinisch-pflegerischen Gesichtspunkten und befragt sechs Pflegebedürftige zu ihrer Zufriedenheit.

Bei der Begehung der Pflegeeinrichtung zeigen sich keine Besonderheiten. Im Bericht zur Vorprüfung vom 11.12.2017 wurden keine Maßnahmen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten empfohlen.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 2 Allgemeine Angaben

Die Anforderungen sind vollständig erfüllt.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 4 Ablauforganisation

Die Anforderungen sind vollständig erfüllt.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 5 Qualitätsmanagement

Die Anforderungen sind vollständig erfüllt.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 6 Hygiene

Die Anforderungen sind vollständig erfüllt.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 7 Verpflegung

Die Anforderungen sind vollständig erfüllt.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 8 Betreuung

Die Anforderungen sind vollständig erfüllt.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 10 Behandlungspflege

Die Anforderungen sind vollständig erfüllt.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 11 Mobilität

Die Anforderungen sind vollständig erfüllt.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Die Anforderungen sind vollständig erfüllt.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 13 Harninkontinenz

Die Anforderungen sind vollständig erfüllt.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 14 Umgang mit Demenz

Die Anforderungen sind vollständig erfüllt.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

Die Anforderungen sind vollständig erfüllt.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 18 Befragung der Bewohner

Die befragten Pflegebedürftigen äußern sich insgesamt zufrieden über die Pflege, Betreuung und hauswirtschaftliche Versorgung der Pflegeeinrichtung.

Abschlussgespräch

Die Prüfung und das Abschlussgespräch verlaufen in einer offenen und kooperativen Atmosphäre. Die relevanten Fragestellungen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität werden in einer konstruktiven Zusammenarbeit

bearbeitet. Die Qualitätsprüfer fassen die Ergebnisse der Überprüfung zusammen. Seitens der Pflegeeinrichtung bestehen keine weiteren Fragen.

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

3. Empfehlung

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 name "Frank" written in a larger, more prominent style than the last name "Schlerfer".

Frank Schlerfer,

Abteilungsleiter Prüfdienst der PKV

Anlage zum Prüfbericht nach §§ 114 SGB XI

Inhaltsverzeichnis

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

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

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

Kapitel 18 Befragung der Bewohner als zusammenfassende Darstellung aller befragten Personen

Kapitel 2. Allgemeine Angaben

ja nein

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

M/T51/B

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

M/B

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

M/T52/B

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

Die Frage 2.2 a - b wird mit "ja" belegt, eine inhaltliche Bewertung erfolgt nicht.

ja nein t. n. z.

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

M/T37/B

- a. Sind gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden?

M/T38/B

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

M/T39/B

- c. Wird mit individuellen Orientierungshilfen gearbeitet?

Kapitel 4. Ablauforganisation

- ja nein
- 4.1** **Ist die Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert?**
- M/B
- a.** Verantwortlichkeit für Planung, Durchführung und Bewertung der
Pflege als Aufgabe für Pflegefachkraft geregelt
- M/B
- b.** personelle Kontinuität der pflegerischen Versorgung geregelt
-
- M/B**
- 4.3** **Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung
körperbezogener Pflegemaßnahmen von Mitarbeitern ohne
pflegerische Ausbildung durch Pflegefachkräfte
nachvollziehbar gewährleistet?** ja nein t. n. z.

ja nein

4.4 Liegen geeignete Dienstpläne für die Pflege vor?

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

M/B

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

Kapitel 5. Qualitätsmanagement

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

ja nein

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

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

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

Kapitel 6. Hygiene

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

Kapitel 7. Verpflegung

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

Kapitel 8. Betreuung

ja nein

8.1 Werden Leistungen der Betreuung angeboten?

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

M/T46/B

ja nein

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

M/Info	
8.6	In welchem Stellenumfang sind in der stationären Pflegeeinrichtung Mitarbeiter für die Betreuung beschäftigt (ohne zusätzliche Betreuungskräfte nach § 85 Abs. 8 SGB XI)?
	Stellenumfang 0

Nach Angabe der Einrichtungsvertreter würden die Angebote der Betreuung durch die Mitarbeiter der Pflege durchgeführt.

M/Info	
8.7	Hat die stationäre Pflegeeinrichtung auf der Grundlage des § 84 Abs. 8 i. V. m. § 85 Abs. 8 SGB XI Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuungskräfte vereinbart? ja nein <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Wenn ja, mit welchem Stellenumfang? 0,8

Die Pflegeeinrichtung hat gemäß der zur Qualitätsprüfung vorgelegten Vereinbarung vom 02.12.2016 Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuung und Aktivierung vereinbart. Nach Auskunft der Einrichtungsvertreter seien aktuell 0,8 Vollzeitstellen besetzt.

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

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

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

Die Frage trifft für die teilstationäre Pflegeeinrichtung nicht zu. Sie wird daher mit "ja" belegt, eine inhaltliche Bewertung erfolgt nicht.

Prüfung beim Pflegebedürftigen

Versicherte Person 1

Kapitel 9. Allgemeine Angaben

M/Info					
9.1 Auftragsnummer:				180813VT90000000-000026949	
Datum	13.08.2018	Uhrzeit	10:49	Nummer Erhebungsbogen	Prüfung beim Pflegebedürftigen 2018 - Kai.Schmitz - 1

M/Info

9.2 Angaben zum Bewohner

a.	Name	Anonymisiert		
b.	Pflegekasse	BARMER		
c.	Pflege-/Wohnbereich			
d.	Geburtsjahr	1929		
e.	Einzugsdatum	10.08.2017		
f.	Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	koronare Herzkrankheit, orale Antikoagulation bei Vorhofflimmern, Hypotonie, Diabetes mellitus, Pankreas-Insuffizienz, Zustand nach Lendenwirbelkörper-Fraktur, Demenz		
g.	Pflegegrad			
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
	<input type="checkbox"/> 5			
h.	Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?			
	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
i.	Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)			
	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
j.	Vorhandene Unterlagen	computergestützte Dokumentation		

M/Info

9.3 Anwesende Person

a.	Name des Gutachters	Kai Schmitz
b.	Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	Pflegefachkraft; verantwortliche 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.

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 Anordnung? 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 type="checkbox"/> nein
Ja:	
akute Schmerzen	<input type="checkbox"/>
chronische Schmerzen	<input checked="" 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.

Im Rahmen des Aufenthaltes in der Tagespflegeeinrichtung erfolgt keine Einnahme von Schmerzmedikamenten.

M/T27/B

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

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

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

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

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

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

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

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

Kapitel 11. Mobilität

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

M/Info	
11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Beschreibung
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	alle Gelenke aktiv frei beweglich, kräftiger Händedruck bei intakter Feinmotorik
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	Kraftminderung in den Beinen, alle Gelenke verlangsamt aktiv frei beweglich
c. Lageveränderung im Bett	im Rahmen des Besuches in der Tagespflegeeinrichtung werden keine Bettruhezeiten eingehalten, Positionswechsel im Liegen seien dem Pflegebedürftigen nach eigenen Angaben selbständig möglich
d. Aufstehen	mit Abstützen und personeller Hilfe möglich
e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	freies Sitzen im Rollstuhl, Positionswechsel selbständig möglich, sonstige Hilfsmittel: druckentlastende Sitzauflage
f. Stehen	mit Festhalten und personeller Hilfe von zwei Personen kurzzeitig möglich
g. Gehen	mit Hilfe von zwei Personen sei das Gehen von einigen Schritten möglich, in der Tagespflegeeinrichtung erfolgt die Fortbewegung passiv im Rollstuhl

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

M/T18/B

ja nein

11.4 Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?

M/T19/B

ja nein t.n.z.

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

M/Info

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?

 ja nein

Von:

Gutachter beurteilt Einrichtung übernommen

M/T1/B

ja nein

11.7 Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?

M/T2/B

ja nein t.n.z.

11.8 Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?

Kapitel 12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

M/Info				
12.1 Gewicht Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
a. Gewicht		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
	Datum	23.07.2018	15.05.2018	14.02.2018
	kg	121	112,5	111,4
			<input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> t.n.z.
b. Aktuelle Größe in cm	189			
c. Aktueller BMI (kg/m ²)	33,87			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input checked="" type="checkbox"/> zugenommen <input type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input type="checkbox"/> kann nicht ermittelt werden			
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

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

M/Info	
12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?	<input 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"/>	

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

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

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

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

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

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

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

Kapitel 13. Harninkontinenz

M/Info	
13.1 Der Bewohner ist versorgt mit: <input type="checkbox"/> t. n. z.	
	Beschreibung (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 Demenz

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

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

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

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

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

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

Kapitel 15. Körperpflege

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

M/T29/B

ja nein t.n.z.

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

Im Rahmen des Aufenthaltes in der Tagespflegeeinrichtung werden keine Maßnahmen zur Körperpflege durchgeführt.

M/Info

15.3 Mundzustand/Zähne

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

M/T30/B

 ja nein t.n.z.
15.4 Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?

Im Rahmen des Aufenthaltes in der Tagespflegeeinrichtung werden keine Maßnahmen zur Mund- und Zahnpflege durchgeführt.

Kapitel 16. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

Kapitel 17. Sonstiges

-

Prüfung beim Pflegebedürftigen

Versicherte Person 2

Kapitel 9. Allgemeine Angaben

M/Info					
9.1 Auftragsnummer:			180813VT90000000-000026949		
Datum	13.08.2018	Uhrzeit		Nummer Erhebungsbogen	Prüfung beim Pflegebedürftigen 2018 - Kai.Schmitz - 2

M/Info

9.2 Angaben zum Bewohner

a.	Name	Anonymisiert		
b.	Pflegekasse	AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse		
c.	Pflege-/Wohnbereich			
d.	Geburtsjahr	1935		
e.	Einzugsdatum	07.11.2016		
f.	Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Osteomyelitis, Coxarthrose rechts, Gonarthrose rechts, Zustand nach Bandscheibenprolaps, Sigma-Divertikulose, Prostata-Adenom, Colitis ulcerosa, Diabetes mellitus Typ II, arterielle Hypertonie, periphere arterielle Verschlusskrankheit, Schlafapnoe, Tinnitus, Depression		
g.	Pflegegrad			
	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
	<input type="checkbox"/> 5			
h.	Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?			
	ja <input type="checkbox"/>	nein <input checked="" type="checkbox"/>		
i.	Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)			
	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
j.	Vorhandene Unterlagen	computergestützte Dokumentation		

M/Info

9.3 Anwesende Person

a.	Name des Gutachters	Kai Schmitz
b.	Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	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.

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 Anordnung?

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 type="checkbox"/> nein
Ja:	
akute Schmerzen	<input type="checkbox"/>
chronische Schmerzen	<input checked="" 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.

Im Rahmen des Aufenthaltes in der Tagespflegeeinrichtung erfolgt keine Einnahme von Schmerzmedikamenten.

M/T27/B

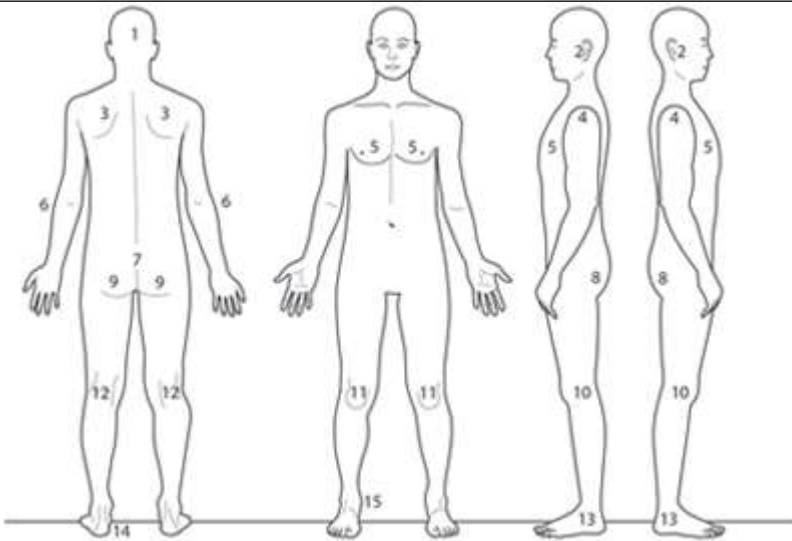
10.10 Sind Kompressionsstrümpfe/ -verbände sachgerecht angelegt?

ja nein t.n.z.

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

M/Info

10.12 Beschreibung vorliegender Wunden



- 1. Hinterkopf
 - 2. Ohrmuschel
 - 3. Schulterblatt
 - 4. Schulter
 - 5. Brustbein
 - 6. Ellenbogen
 - 7. Sakralbereich
 - 8. Großer Rollhügel
 - 9. Gesäß
 - 10. Knie außen
 - 11. Kniescheibe
 - 12. Knie innen
 - 13. Knöchel außen
 - 14. Fersen
 - 15. Knöchel innen
- © Lisa Apfelbacher 2016

Wunde 1	Art	Dekubitus <input type="checkbox"/>	Ulcus Cruris <input type="checkbox"/>	Diabetisches Fußsyndrom <input type="checkbox"/>	sonstige chronische Wunde <input type="checkbox"/>	sonstige nicht chronische Wunde <input checked="" type="checkbox"/>						
a.	Größe/Tiefe	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">4</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">cm H</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">2</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">cm B</td> <td style="width: 20%; text-align: center;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">cm T</td> </tr> </table>					4	cm H	2	cm B		cm T
4	cm H	2	cm B		cm T							
b.	Ort der Entstehung	stationäre Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/>		extern <input checked="" type="checkbox"/>		nicht nachvollziehbar <input type="checkbox"/>						
c.	Lokalisation	Bitte Nummer laut Legende eintragen:										
d.	Kategorie/ Stadium	I <input type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>	III <input type="checkbox"/>	IV <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/>						
e.	Umgebung	weiß <input type="checkbox"/>	rosig <input checked="" type="checkbox"/>	gerötet <input type="checkbox"/>	feucht <input type="checkbox"/>	trocken <input type="checkbox"/>						
f.	Rand	rosig <input checked="" type="checkbox"/>	rot <input type="checkbox"/>	weich <input type="checkbox"/>	hart <input type="checkbox"/>	schmerzhaft <input type="checkbox"/>						
g.	Exsudat	kein <input checked="" type="checkbox"/>	wenig <input type="checkbox"/>	viel <input type="checkbox"/>	klar <input type="checkbox"/>							
h.	Zustand	fest <input checked="" type="checkbox"/>	weich <input type="checkbox"/>	rosa <input type="checkbox"/>	rot <input type="checkbox"/>	gelb <input type="checkbox"/>						
i.	Nekrose	keine <input checked="" type="checkbox"/>	feucht <input type="checkbox"/>	trocken <input type="checkbox"/>	teilweise <input type="checkbox"/>	vollständig <input type="checkbox"/>						
j.	Geruch	kein <input checked="" type="checkbox"/>	übel riechend <input type="checkbox"/>									

Lokalisation Wunde 1: mittleres Drittel des rechten Schienbeines

Zum Prüfungszeitpunkt besteht bei dem Pflegebedürftigen eine nicht näher klassifizierbare Wunde im Bereich des rechten Schienbeines. Die Wundtiefe ist nicht ermittelbar, da die Wunde mit einer trockenen Verschorfung bedeckt ist. Die Angaben zur Wundbeschreibung basieren auf der Begutachtung der Wunde im Rahmen der Inaugenscheinnahme. Der Heilungsverlauf sei nach Angaben des Pflegebedürftigen positiv. Es handle sich um eine Wunde im Rahmen einer bestehenden Osteomyelitis. Eine Wundversorgung erfolge derzeit nicht.

M/Info

**10.13 Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden
(Verbandmaterial, Medikamente)**

 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?**

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?**

M/T4/B

ja nein t.n.z.

**10.16 Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen
Wunden oder Dekubitus?**

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?**

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 aktiv frei beweglich, kräftiger Händedruck bei intakter Feinmotorik
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	aktive und passive Streckung des linken Kniegelenkes endgradig eingeschränkt, alle weiteren Gelenke aktiv frei beweglich
c. Lageveränderung im Bett	im Rahmen des Besuches in der Tagespflegeeinrichtung werden keine Bettruhezeiten eingehalten, Positionswechsel im Liegen seien dem Pflegebedürftigen nach eigenen Angaben selbständig möglich
d. Aufstehen	selbständig mit Abstützen möglich
e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	freies Sitzen, Positionswechsel selbständig möglich
f. Stehen	selbständig möglich
g. Gehen	mit einem Gehstock selbständig möglich, breitbasiges, linksseitig dezent hinkendes Gangbild

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

M/T18/B

ja nein

11.4 Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?

M/T19/B

ja nein t.n.z.

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

M/Info

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?

 ja nein

Von:

Gutachter beurteilt Einrichtung übernommen

M/T1/B

ja nein

11.7 Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?

M/T2/B

ja nein t.n.z.

11.8 Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?

Kapitel 12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

M/Info				
12.1 Gewicht Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
a. Gewicht		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
	Datum	06.08.2018	02.05.2018	14.02.2018
	kg	87,4	87,5	88,1
			<input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> t.n.z.
b. Aktuelle Größe in cm	176			
c. Aktueller BMI (kg/m ²)	28,22			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="checkbox"/> zugenommen <input checked="" type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input type="checkbox"/> kann nicht ermittelt werden			
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

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

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

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

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

Kapitel 13. Harninkontinenz

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

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

M/T16/B		ja	nein	t.n.z.
13.3	Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit 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 Demenz

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

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

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

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

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

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

Kapitel 15. Körperpflege

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

M/T29/B

 ja nein t.n.z.

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

Im Rahmen des Aufenthaltes in der Tagespflegeeinrichtung werden keine Maßnahmen zur Körperpflege durchgeführt.

M/Info

15.3 Mundzustand/Zähne

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

M/T30/B

 ja nein t.n.z.
15.4 Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?

Im Rahmen des Aufenthaltes in der Tagespflegeeinrichtung werden keine Maßnahmen zur Mund- und Zahnpflege durchgeführt.

Kapitel 16. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

Kapitel 17. Sonstiges

-

Prüfung beim Pflegebedürftigen

Versicherte Person 3

Kapitel 9. Allgemeine Angaben

M/Info					
9.1 Auftragsnummer:				180813VT90000000-000026949	
Datum	13.08.2018	Uhrzeit	12:28	Nummer Erhebungsbogen	Prüfung beim Pflegebedürftigen 2018 - Kai.Schmitz - 3

M/Info

9.2 Angaben zum Bewohner

a.	Name	Anonymisiert		
b.	Pflegekasse	BARMER		
c.	Pflege-/Wohnbereich			
d.	Geburtsjahr	1936		
e.	Einzugsdatum	27.04.2017		
f.	Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	chronisch obstruktive Lungenerkrankung, koronare Herzkrankheit, periphere arterielle Verschlusskrankheit, chronisch venöse Insuffizienz, arterielle Hypertonus mit hypertensiver Herzkrankheit, Diabetes mellitus Typ II, Hiatushernie		
g.	Pflegegrad			
	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
	<input type="checkbox"/> 5			
h.	Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?			
	ja <input type="checkbox"/>	nein <input checked="" type="checkbox"/>		
i.	Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)			
	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
j.	Vorhandene Unterlagen	computergestützte Dokumentation		

M/Info

9.3 Anwesende Person

a.	Name des Gutachters	Kai Schmitz
b.	Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	Pflegefachkraft
c.	Name des Mitarbeiters	
d.	sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	

Kapitel 10. Behandlungspflege

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kapitel 11. Mobilität

M/Info	
11.1 Bewohner angetroffen:	
a. <input type="checkbox"/> liegend	<input 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	Nackengriff linksseitig dezent eingeschränkt, alle weiteren Gelenke aktiv frei beweglich, ausreichender Händedruck bei intakter Feinmotorik
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	alle Gelenke verlangsamt aktiv frei beweglich
c. Lageveränderung im Bett	im Rahmen des Besuches in der Tagespflegeeinrichtung werden keine Bettruhezeiten eingehalten, Positionswechsel im Liegen seien der Pflegebedürftigen nach eigenen Angaben selbständig möglich
d. Aufstehen	selbständig mit Abstützen möglich
e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	freies Sitzen, Positionswechsel selbständig möglich
f. Stehen	selbständig möglich
g. Gehen	mit einem Gehstock selbständig möglich, bedächtiges, dezent rechtsgeneigtes Gangbild mit leicht reduzierter Schrittlänge und Schritthöhe, bei längeren Gehstrecken Verwendung eines Rollators

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

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

M/Info

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor? ja nein

Von:

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

Kapitel 12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

M/Info				
12.1 Gewicht Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
a. Gewicht		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
	Datum	12.07.2018	15.05.2018	14.02.2018
	kg	92,2	91,4	90
			<input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> t.n.z.
b. Aktuelle Größe in cm	161			
c. Aktueller BMI (kg/m ²)	35,57			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input checked="" type="checkbox"/> zugenommen <input type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input type="checkbox"/> kann nicht ermittelt werden			
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

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

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

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

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

Kapitel 13. Harninkontinenz

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

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

Kapitel 14. Umgang mit Demenz

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

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

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

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

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

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

Kapitel 15. Körperpflege

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

M/T29/B

 ja nein t.n.z.

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

Im Rahmen des Aufenthaltes in der Tagespflegeeinrichtung werden keine Maßnahmen zur Körperpflege durchgeführt.

M/Info

15.3 Mundzustand/Zähne

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

M/T30/B

 ja nein t.n.z.

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

Im Rahmen des Aufenthaltes in der Tagespflegeeinrichtung werden keine Maßnahmen zur Mund- und Zahnpflege durchgeführt.

Kapitel 16. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

Kapitel 17. Sonstiges

-

Prüfung beim Pflegebedürftigen

Versicherte Person 4

Kapitel 9. Allgemeine Angaben

M/Info					
9.1 Auftragsnummer:				180813VT90000000-000026949	
Datum	14.08.2018	Uhrzeit	09:07	Nummer Erhebungsbogen	Prüfung beim Pflegebedürftigen 2018 - Kai.Schmitz - 4

M/Info

9.2 Angaben zum Bewohner

a.	Name	Anonymisiert		
b.	Pflegekasse	Knappschaft		
c.	Pflege-/Wohnbereich			
d.	Geburtsjahr	1934		
e.	Einzugsdatum	06.03.2017		
f.	Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Niereninsuffizienz Grad II, Nebennierentumor, Zustand nach Schrittmacher-Implantation bei Sick-Sinus-Syndrom, arterielle Hypertonie, Herzinsuffizienz, Spinalkanalstenose, Stauungsdermatitis		
g.	Pflegegrad			
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
	<input type="checkbox"/> 5			
h.	Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?			
	ja <input type="checkbox"/>	nein <input checked="" type="checkbox"/>		
i.	Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)			
	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
j.	Vorhandene Unterlagen	computergestützte Dokumentation		

M/Info

9.3 Anwesende Person

a.	Name des Gutachters	Kai Schmitz
b.	Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	Pflegefachkraft
c.	Name des Mitarbeiters	
d.	sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	

Kapitel 10. Behandlungspflege

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

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

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

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

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

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

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

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

Im Rahmen des Aufenthaltes in der Tagespflegeeinrichtung erfolgt keine Einnahme von Schmerzmedikamenten.

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

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

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

Kapitel 11. Mobilität

M/Info	
11.1 Bewohner angetroffen:	
a. <input type="checkbox"/> liegend	<input 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	Ruhetremor und Kraftminderung der rechten Hand, aktive Beugung und Streckung der Finger- und Daumengelenke endgradig eingeschränkt, passiv möglich, alle Gelenke des linken Armes aktiv frei beweglich, Händedruck rechtsseitig kraftgemindert bei reduzierter Feinmotorik, linksseitig kräftig und intakt
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	alle Gelenke dezent verlangsamt aktiv frei beweglich
c. Lageveränderung im Bett	im Rahmen des Besuches in der Tagespflegeeinrichtung werden keine Bettruhezeiten eingehalten, Positionswechsel im Liegen seien dem Pflegebedürftigen nach eigenen Angaben selbständig möglich
d. Aufstehen	selbständig mit Abstützen möglich
e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	freies Sitzen, Positionswechsel selbständig möglich
f. Stehen	selbständig möglich
g. Gehen	mit einem Rollator selbständig möglich, etwas verlangsamtes, ansonsten sicheres Gangbild mit leicht reduzierter Schritthöhe und Schrittlänge

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

M/T18/B

ja nein

11.4 Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?

M/T19/B

ja nein t.n.z.

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

M/Info

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?

 ja nein

Von:

Gutachter beurteilt Einrichtung übernommen

M/T1/B

ja nein

11.7 Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?

M/T2/B

ja nein t.n.z.

11.8 Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?

Kapitel 12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

M/Info				
12.1 Gewicht Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
a. Gewicht		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
	Datum	06.08.2018		14.02.2018
	kg	89,9		90,6
			<input checked="" type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> t.n.z.
b. Aktuelle Größe in cm	170			
c. Aktueller BMI (kg/m ²)	31,11			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="checkbox"/> zugenommen <input checked="" type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input type="checkbox"/> kann nicht ermittelt werden			
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kapitel 13. Harninkontinenz

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

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

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

Kapitel 14. Umgang mit Demenz

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

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

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

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

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

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

Kapitel 15. Körperpflege

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

Im Rahmen des Aufenthaltes in der Tagespflegeeinrichtung werden keine Maßnahmen zur Körperpflege durchgeführt.

M/Info

15.3 Mundzustand/Zähne

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

M/T30/B

 ja nein t.n.z.

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

Im Rahmen des Aufenthaltes in der Tagespflegeeinrichtung werden keine Maßnahmen zur Mund- und Zahnpflege durchgeführt.

Kapitel 16. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

Kapitel 17. Sonstiges

-

Prüfung beim Pflegebedürftigen

Versicherte Person 5

Kapitel 9. Allgemeine Angaben

M/Info					
9.1 Auftragsnummer:				180813VT90000000-000026949	
Datum	13.08.2018	Uhrzeit	13:21	Nummer Erhebungsbogen	Prüfung beim Pflegebedürftigen 2018 - Martin.Kammerich - 1

M/Info

9.2 Angaben zum Bewohner

a.	Name	Anonymisiert		
b.	Pflegekasse	BARMER		
c.	Pflege-/Wohnbereich			
d.	Geburtsjahr	1936		
e.	Einzugsdatum	05.01.2017		
f.	Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Demenz bei Alzheimererkrankung, organisch affektive Störung, Gonarthrose, Alkoholabusus		
g.	Pflegegrad			
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
h.	Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?			
	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
i.	Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)			
	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
j.	Vorhandene Unterlagen	computergestützte Dokumentation		

M/Info

9.3 Anwesende Person

a.	Name des Gutachters	Martin Kammerich
b.	Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	verantwortliche Pflegefachkraft
c.	Name des Mitarbeiters	
d.	sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	

Kapitel 10. Behandlungspflege

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

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

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

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

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

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

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

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

Kapitel 11. Mobilität

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

M/Info	
11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Beschreibung
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	ohne Einschränkungen beweglich
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	leichte Streckhemmung der Kniegelenke, alle weiteren Gelenke uneingeschränkt beweglich
c. Lageveränderung im Bett	selbstständig
d. Aufstehen	selbstständig
e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	selbstständig
f. Stehen	ohne Einschränkung
g. Gehen	selbstständig, verlangsamtes Gangbild mit leichter Fußhebeschwäche, Hilfsmittel: Rollator

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

M/T18/B

ja nein

11.4 Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?

M/T19/B

ja nein t.n.z.

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

M/Info

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?

 ja nein

Von:

Gutachter beurteilt Einrichtung übernommen

M/T1/B

ja nein

11.7 Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?

M/T2/B

ja nein t.n.z.

11.8 Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?

Kapitel 12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

M/Info				
12.1 Gewicht Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
a. Gewicht		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
	Datum	06.08.2018	15.05.2018	14.02.2018
	kg	74,9	76,1	72,4
			<input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> t.n.z.
b. Aktuelle Größe in cm	165			
c. Aktueller BMI (kg/m ²)	27,51			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="checkbox"/> zugenommen <input checked="" type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input type="checkbox"/> kann nicht ermittelt werden			
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

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

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

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

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

Kapitel 13. Harninkontinenz

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

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

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

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

Kapitel 14. Umgang mit Demenz

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

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

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

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

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

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

Kapitel 15. Körperpflege

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

M/T29/B

ja nein t.n.z.

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

M/Info

15.3 Mundzustand/Zähne

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

M/T30/B

ja nein t.n.z.

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

Kapitel 16. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

Kapitel 17. Sonstiges

-

Prüfung beim Pflegebedürftigen

Versicherte Person 6

Kapitel 9. Allgemeine Angaben

M/Info					
9.1 Auftragsnummer:				180813VT90000000-000026949	
Datum	13.08.2018	Uhrzeit	12:13	Nummer Erhebungsbogen	Prüfung beim Pflegebedürftigen 2018 - Willi.Wolters - 1

M/Info

9.2 Angaben zum Bewohner

a.	Name	Anonymisiert		
b.	Pflegekasse	Knappschaft		
c.	Pflege-/Wohnbereich			
d.	Geburtsjahr	1954		
e.	Einzugsdatum	05.01.2017		
f.	Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Diabetes mellitus		
g.	Pflegegrad			
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
	<input type="checkbox"/> 5			
h.	Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?			
	ja <input type="checkbox"/>	nein <input checked="" type="checkbox"/>		
i.	Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)			
	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
j.	Vorhandene Unterlagen	computergestützte Dokumentation		

M/Info

9.3 Anwesende Person

a.	Name des Gutachters	Willi Wolters
b.	Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	verantwortliche Pflegefachkraft
c.	Name des Mitarbeiters	
d.	sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	

Kapitel 10. Behandlungspflege

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kapitel 11. Mobilität

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

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

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

M/T18/B

ja nein

11.4 Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?

M/T19/B

ja nein t.n.z.

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

M/Info

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?

 ja nein

Von:

Gutachter beurteilt Einrichtung übernommen

M/T1/B

ja nein

11.7 Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?

M/T2/B

ja nein t.n.z.

11.8 Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?

Kapitel 12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

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

Die Pflegebedürftige lehnt es ab, in der Pflegeeinrichtung gewogen zu werden. Sie befindet sich augenscheinlich in einem adipösen Ernährungszustand.

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

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

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

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

Kapitel 13. Harninkontinenz

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

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

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

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

Kapitel 14. Umgang mit Demenz

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

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

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

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

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

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

Kapitel 15. Körperpflege

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

M/T29/B

ja nein t.n.z.

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

M/Info

15.3 Mundzustand/Zähne

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

M/T30/B

ja nein t.n.z.

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

Kapitel 16. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

Kapitel 17. Sonstiges

-

Prüfung beim Pflegebedürftigen

Versicherte Person 7

Kapitel 9. Allgemeine Angaben

M/Info					
9.1 Auftragsnummer:				180813VT90000000-000026949	
Datum	14.08.2018	Uhrzeit	09:07	Nummer Erhebungsbogen	Prüfung beim Pflegebedürftigen 2018 - Willi.Wolters - 2

M/Info

9.2 Angaben zum Bewohner

a.	Name	Anonymisiert		
b.	Pflegekasse	DAK-Gesundheit		
c.	Pflege-/Wohnbereich			
d.	Geburtsjahr	1935		
e.	Einzugsdatum	16.08.2017		
f.	Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Zustand nach Implantation von Kniegelenksprothesen beidseits		
g.	Pflegegrad			
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
h.	Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?			
	ja <input type="checkbox"/>	nein <input checked="" type="checkbox"/>		
i.	Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)			
	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
j.	Vorhandene Unterlagen	computergestützte Dokumentation		

M/Info

9.3 Anwesende Person

a.	Name des Gutachters	Willi Wolters
b.	Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	verantwortliche Pflegefachkraft
c.	Name des Mitarbeiters	
d.	sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	

Kapitel 10. Behandlungspflege

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kapitel 11. Mobilität

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

M/Info	
11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Beschreibung
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	keine Bewegungseinschränkungen
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	keine Bewegungseinschränkungen
c. Lageveränderung im Bett	selbständig
d. Aufstehen	verlangsamt selbständig möglich
e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	selbständig
f. Stehen	selbständig mit Festhalten
g. Gehen	selbständig mit Hilfe eines Rollators, Gangbild: sicher

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

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

M/Info

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor? ja nein

Von:

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

Kapitel 12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

M/Info				
12.1 Gewicht Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
a. Gewicht		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
	Datum	08.08.2018	11.06.2018	14.02.2018
	kg	92,1	91,8	91,2
			<input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> t.n.z.
b. Aktuelle Größe in cm	178			
c. Aktueller BMI (kg/m ²)	29,07			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="checkbox"/> zugenommen <input checked="" type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input type="checkbox"/> kann nicht ermittelt werden			
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kapitel 13. Harninkontinenz

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

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

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

Kapitel 14. Umgang mit Demenz

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

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

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

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

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

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

Kapitel 15. Körperpflege

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

M/T29/B

ja nein t.n.z.

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

M/Info

15.3 Mundzustand/Zähne

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

M/T30/B

ja nein t.n.z.

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

Kapitel 16. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

Kapitel 17. Sonstiges

-

18. Befragung der Bewohner

In die Befragung wurden 6 Pflegebedürftige (P) einbezogen.

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

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

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

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

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

immer	4	Pflegebedürftige
häufig		Pflegebedürftige
gelegentlich		Pflegebedürftige
nie		Pflegebedürftige
t.n.z.	1	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	2	Pflegebedürftige
häufig	4	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	4	Pflegebedürftige
häufig		Pflegebedürftige
gelegentlich		Pflegebedürftige
nie		Pflegebedürftige
t.n.z.	1	Pflegebedürftige
keine Angaben	1	Pflegebedürftige

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

immer	4 Pflegebedürftige
häufig	Pflegebedürftige
gelegentlich	Pflegebedürftige
nie	Pflegebedürftige
keine Angaben	2 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.	6 Pflegebedürftige
keine Angaben	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 Wortlaut	Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu.	Kriterium nicht erfüllt bei	
				Anzahl der versorgten Personen	Nummern der versorgten Personen
10.1	M/T22/B	Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?	0/7	0	
10.2	M/T23/B	Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?	0/7	0	
10.3	M/T24/B	Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen?	1/7	0	
10.4	M/T25/B	Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung?	0/7	0	
10.5	M/T26/B	Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?	1/7	0	
10.7	M/T13/B	Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?	5/7	0	
10.8	M/T14/B	Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?	0/7	0	
10.9	M/T15/B	Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente?	1/7	0	
10.10	M/T27/B	Sind Kompressionsstrümpfe/ -verbände sachgerecht angelegt?	0/7	0	
10.11	M/B	Ist der Umgang mit Tracheostoma/Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht?	0/7	0	
10.14	M/T3/B	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus dokumentiert?	0/7	0	
10.15	M/T5/B	Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?	0/7	0	
10.16	M/T4/B	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus?	0/7	0	
10.17	M/T6/B	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z.B. Wunddokumentation) ausgewertet, ggf. der Arzt informiert und die Maßnahmen angepasst?	0/7	0	

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

12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung						
Katalog-Index	Wertigkeit	Prüffrage		Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu.	Kriterium nicht erfüllt bei	
		Wortlaut			Anzahl der versorgten Personen	Nummern der versorgten Personen
12.5	M/T7/B	Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?		7/7	0	
12.6	M/T10/B	Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?		7/7	0	
12.7	M/T8/B	Werden bei Einschränkungen der selbstständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt?		1/7	0	
12.8	M/T11/B	Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbstständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?		1/7	0	
12.9	M/T9/B	Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?		7/7	0	
12.10	M/T12/B	Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?		7/7	0	
12.11	M/T28/B	Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt?		0/7	0	

13. Harninkontinenz					
Prüfrage			Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu.	Kriterium nicht erfüllt bei	
Katalog- Index	Wertig- keit	Wortlaut		Anzahl der versorgten Personen	Nummern der versorgten Personen
13.3	M/T16/B	Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkatheter individuelle Risiken und Ressourcen erfasst?	3/7	0	
13.4	M/T17/B	Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?	1/7	0	

14. Umgang mit Demenz					
Prüfrage			Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu.	Kriterium nicht erfüllt bei	
Katalog- Index	Wertig- keit	Wortlaut		Anzahl der versorgten Personen	Nummern der versorgten Personen
14.2	M/T33/B	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	2/7	0	
14.3	M/T34/B	Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und Betreuung einbezogen?	2/7	0	
14.4	M/T35/B	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	2/7	0	
14.5	M/T40/B	Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/ Beschäftigungsangebote gemacht?	2/7	0	
14.6	M/T36/B	Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	2/7	0	

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

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