

MDK Baden-Württemberg, Ahornweg 2, 77933 Lahr/Schw.

Ahornweg 2
77933 Lahr/Schw.

www.mdkbw.de

Geschäftsführer
Erik Scherb

Vorsitzende des Verwaltungsrates
Biggi Bender <-> Monika Lersmacher

Prüfbericht nach §§ 114 ff SGB XI

Auftragsnummer 180503VS18102100-000168285

Pflegeheim Riedäcker

In den Riedäckern 29

73529 Schwäbisch Gmünd

Datum der Prüfung: 03.05.2018

Prüfer: Tonya Ekmekci
Pflegefachkraft
Auditor

Gabriele_Constanze Kühn
Pflegefachkraft
Auditor

Daniela Steckbauer
Pflegefachkraft

Prüfmaßstab

Vorschriften über die Qualitätssicherung nach dem Elften Kapitel des Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) mit Stand nach dem dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG III), in Kraft seit dem 1. Januar 2017.

Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI (Qualitätssicherungs-Richtlinien-QPR) vom 27. September 2017, in Kraft seit dem 01. Januar 2018

Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 8 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen nach § 114 Abs. 1 SGB XI sowie gleichwertiger Prüfergebnisse in der stationären Pflege

Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI für die stationäre Pflege vom 27. Mai 2011

Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 80 SGB XI in der Kurzzeitpflege in der Fassung vom 31. Mai 1996

-Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS)- vom 17. Dezember 2008 in der Fassung vom 11.08.2016

Expertenstandards nach § 113 a SGB XI

Rahmenvertrag über die stationäre pflegerische Versorgung nach § 75 Abs. 1 SGB XI

Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI

Richtlinien zur häuslichen Krankenpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 und Absatz 7 Nr. 1 SGB V

relevante Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nach § 23 Absatz 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Um die Anonymität der in die Stichprobe einbezogenen pflegebedürftigen Person zu wahren, wird im Prüfbericht nur die männliche Form verwendet.

1. Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

1.1 Auftragsnummer:	180503VS18102100-000168285
1.2 Daten zur Einrichtung	
a. Name	Pflegeheim Riedäcker
b. Straße	In den Riedäckern 29
c. PLZ/Ort	73529 Schwäbisch Gmünd
d. Institutskennzeichen (IK)	510818166
e. Telefon	07171 87498 11
f. Fax	07171 87498 29
g. E-Mail	nadine.praher@vinzenz-sd.de
h. Internet-Adresse	www.vinzenz-von-paul.de
i. Träger/Inhaber	Vinzenz Pflege gGmbH Pflegeheim Riedäcker In den Riedäckern 29 73529 Schwäbisch Gmünd
j. Trägerart <input type="radio"/> privat <input checked="" type="radio"/> freigemeinnützig <input type="radio"/> öffentlich <input type="radio"/> nicht zu ermitteln	
k. ggf. Verband	Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart e.
l. Einrichtungsart	<input checked="" type="radio"/> Stationär <input type="radio"/> Teilstationär <input type="radio"/> Kurzzeitpflege
m. Datum Abschluss Versorgungsvertrag	07.05.2007
n. Datum Inbetriebnahme der stationären Einrichtung	01.06.2007
o. Heimleitung Name	Nadine Praher
p. Verantw. PFK Name	Nadine Praher
q. Stellv. verantw. PFK	Sigrid Walter
r. ggf. vorhandene Zweigstellen/Filialen	
s. Zertifizierung	<input type="radio"/> liegt vor <input checked="" type="radio"/> liegt nicht vor

t. Name des Ansprechpartners für die DCS	Nadine Praher
u. E-Mailadresse des Ansprechpartners für die DCS	nadine.praher@vinzenz-sd.de
v. Rufnummer des Ansprechpartners für die DCS	07171 87498 11
w. Faxnummer des Ansprechpartners für die DCS	07171 87498 29

1.3 Daten zur Prüfung	
a. Auftraggeber	Verband AOK/BKK/IKK/LKK/vdek/Bukna
Zuständiger Landesverband der Pflegekassen	<input type="radio"/> AOK <input type="radio"/> IKK <input type="radio"/> LKK <input checked="" type="radio"/> BKK <input type="radio"/> KBS <input type="radio"/> vdek
b. Prüfung durch	MDK
c. Datum (TT.MM.JJJJ)	03.05.2018
	von TT.MM.JJ bis TT.MM.JJ
d. Uhrzeit 1. Tag	08:30 bis 14:00
	von bis
2. Tag	von bis
3. Tag	von bis
e. Gesprächspartner der stationären Pflegeeinrichtung	Nadine Praher (Einrichtungsleitung) Sigrid Walter (verantwortliche Pflegefachkraft) Steffen Hokema (Pflegefachkraft)
f. Prüfende(r) Gutachter	Tonya Ekmekci Gabriele_Constanze Kühn Daniela Steckbauer
g. An der Prüfung Beteiligte	Namen:
<input checked="" type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Pflegekasse <input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger <input type="checkbox"/> Nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Trägerverband <input type="checkbox"/> Sonstige: welche?	
h. Ansprechpartner des MDK / PKV-Prüfdensts für die DCS	Name Dr. Waltraud Hannes
	E-Mailadresse waltraud.hannes@mdkbw.de

1.4 Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI
a.

Regelprüfung
 b. Anlassprüfung (Beschwerde Bewohner, Angehörige o.ä.)
 Anlassprüfung (Hinweise von anderen Institutionen)
 Anlassprüfung (sonstige Hinweise)
 Wiederholungsprüfung
 c.
 d. nächtliche Prüfung
 e. Datum der letzten Prüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI

18.07.2017
TT.MM.JJJJ

 f. Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen

TT.MM.JJJJ
27.09.2017

 Nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde
 Gesundheitsamt
 Sonstige
 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	30	2	0	0	0
belegte Plätze	29	1	0	0	0
davon vorgehaltene Plätze nach Organisationsform					
angegliedert	0	0	0	0	0
eingestreut	2	0	0	0	0
solitär	0	0	0	0	0

M/Info									
1.6 Struktur der Wohn- und Pflegebereiche									
Wohn- / Pflegebereich	Bereich auf 1 Ebene	Anzahl Bewohner	davon nach SGB XI eingestuft in Pflegegrad						
			keiner	1	2	3	4	5	n.n. eingestuft
	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	30	0	0	5	11	7	7	0
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	0	0	0	0	0	0	0	0
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	0	0	0	0	0	0	0	0
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	0	0	0	0	0	0	0	0
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	0	0	0	0	0	0	0	0
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	0	0	0	0	0	0	0	0
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	0	0	0	0	0	0	0	0
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	0	0	0	0	0	0	0	0
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	0	0	0	0	0	0	0	0

	<input type="radio"/> ja								
	<input type="radio"/> nein								
	<input type="radio"/> ja	0	0	0	0	0	0	0	0
	<input type="radio"/> nein								
Gesamt:		30	0	0	5	11	7	7	0

1.7 Nach Angabe der stationären Pflegeeinrichtung Anzahl Bewohner mit:	
a. Wachkoma	0
b. Beatmungspflicht	0
c. Dekubitus	0
d. Blasenkatheter	1
e. PEG-Sonde	1
f. Fixierung	0
g. Kontraktur	10
h. vollständiger Immobilität	0
i. Tracheostoma	0
j. MRSA	0

1.8 Ist ein pflegfachlicher Schwerpunkt vereinbart?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
--	--

1.10 Werden Zusatzleistungen gemäß § 88 SGB XI von der stationären Pflegeeinrichtung angeboten?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
--	--

1.11 Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> 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 type="checkbox"/> Hausreinigung

2. Zusammenfassende Beurteilung

Ein Pflegebedürftiger konnte nicht zur Zufriedenheit befragt werden.
In der Einrichtung wurden neun Pflegebedürftige visitiert.

Prozess- und Ergebnisqualität zu anderen Bereichen

Behandlungspflege (Kap.10):

Bei P1 (Frage 10.2 / Kasse: KKH):

Zur Sicherstellung der ärztlichen Therapie muss die behandlungspflegerische Maßnahme, wie das Anziehen von Kompressionsstrümpfen, entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt werden.

Für alle von betreuenden Haus- und Fachärzten verordneten behandlungspflegerischen Maßnahmen muss die Durchführung dieser Maßnahmen eindeutig dokumentiert und nachvollziehbar sein. Hierzu zählt auch der schriftliche Nachweis, dass der Pflegebedürftige die gemäß ärztlicher Verordnung bestimmte Insulinmenge erhalten hat. Nur durch die korrekte Gabe des Insulins können Risiken und Spätfolgen, die durch den Diabetes mellitus entstehen können, minimiert werden. Die gemäß Insulinschema vorgesehene bzw. verabreichte Insulinmenge muss dokumentiert werden.

Bei P1 (Frage 10.3 / Kasse: KKH):

Die erfolgte Medikamentengabe muss in der Pflegedokumentation des Pflegebedürftigen als durchgeführt quittiert werden. Es muss nachvollziehbar sein, welche Mitarbeiter mit welcher Qualifikation, wann die Medikamente dem Pflegebedürftigen verabreicht haben. Hat der Pflegebedürftige die Medikamente aus bestimmten Gründen nicht bekommen, ist dies zu dokumentieren.

Bei P1 (Frage 10.4 / Kasse: KKH):

Dem Pflegebedürftigen muss das Bedarfsmedikament Nitrolingual Spray bei einem Blutdruckwert über 160 / 100 mmHG nachweislich angeboten werden.

Bei P1 (Frage 10.5 / Kasse: KKH):

Für den Pflegebedürftigen muss sichergestellt werden, dass die gestellten Medikamente den ärztlichen Verordnungen gemäß Pflegedokumentation entsprechen.

Für alle Medikamente, welche gemäß Herstellerhinweis bei Anbruch eine begrenzte Gebrauchsdauer haben, muss nach dem Anbruch des Medikamentes das Anbruch- und/ oder Verfallsdatum auf dem Medikament dokumentiert werden. Wenn das Anbruch- bzw. Verfallsdatum nicht auf dem Medikament dokumentiert wird, besteht die Gefahr, dass der Pflegebedürftige das betreffende Medikament nach Ablauf der Haltbarkeit erhält.

Bei P1 (Frage 10.10 / Kasse: KKH):

Durch das Anziehen der Kompressionsstrümpfe kommt es zu einem genau definierten Druck auf erweiterte venöse Gefäße. Werden die Kompressionsstrümpfe dem Pflegebedürftigen nicht angelegt, bleibt dieser Druck aus und kann dem Pflegebedürftigen unter Umständen Schaden zufügen.

Struktur- und Prozessqualität

Qualitätsmanagement (Kap.5):

Frage 5.6:

Die Pflegeeinrichtung kann nicht belegen, dass alle betroffenen Mitarbeiter in den letzten zwei Jahren geschult wurden.

Für die Mitarbeiter E., H.: Betreuungsfachkraft und N., P.: verantwortliche Pflegefachkraft liegt kein Nachweis vor, aus dem hervorgeht, dass diese in den vergangenen zwei Jahren in Erste Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult wurden.

Betreuung (Kap.8):

Frage 8.8:

Der Mitarbeiter E., H., mit einem wöchentlichen Stundenumfang von 16 Stunden, hat im vergangenen Jahr nicht an entsprechenden Fortbildungsmaßnahmen nach § 4 Abs. 4 der Betreuungskräfte-Richtlinie teilgenommen.

3. Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten

Datum, Tonya Ekmekci

Datum, Gabriele_Constanze Kühn

Datum, Daniela Steckbauer

Anlage zum Prüfbericht nach §§ 114 SGB XI

In der Anlage sind nur die Fragen und Kriterien aus dem Erhebungsbogen aufgenommen, die relevant sind und bei denen Angaben gemacht wurden. Nicht zutreffende Fragen und Kriterien wurden nicht aufgenommen.

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 Bewohner.

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 1 Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung (siehe Punkt 1 des Prüfberichts)

Kapitel 2 Allgemeine Angaben

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

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

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:

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

Kapitel 3 Aufbauorganisation Personal

3.3 Die verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

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

Stunden 39,0

Die Tätigkeit Heimleitung / verantwortliche Pflegefachkraft wird in der Einrichtung in Personalunion ausgeübt. Nach Angaben der Einrichtung ist die verantwortliche Pflegefachkraft in der Funktion als Heimleitung mit 19,5 Stunden / Woche tätig.

3.5 Ist die verantwortliche Pflegefachkraft in der direkten Pflege tätig?

Die verantwortliche Pflegefachkraft ist nicht in der direkten Pflege tätig.

Info							
3.8 Zusammensetzung Personal							
a. Basis für Vollzeit Stunden / Woche				39,00			
	Vollzeit Stunden / Woche		Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		
Geeignete Kräfte:	Anz. MA	Stellen- umfang	Anz. MA	Stellen- umfang	Anz. MA	Stellen- umfang	Gesamtstellen in Vollzeit
Verantwortliche Pflegefachkraft	1	39,00					1,00
Stellv. verantwortliche Pflegefachkraft			1	31,20			0,80
Altenpfleger/in			2	31,20	1	5,82	6,09
			1	20,00			
			1	35,10			
			1	30,00			
			1	23,00			
			1	33,90			
			1	27,30			
(Gesundheits- und) Krankenpfleger/in			1	20,00			0,51
(Gesundheits- und) Kinderkrankenpfleger/in							0,00
Heilerziehungspfleger/in							0,00
Krankenpflegehelfer/in							0,00
Altenpflegehelfer/in			1	20,00			1,01
			1	19,50			
angelernete Kräfte			2	29,25			3,89

Pflegeheim Riedäcker

			1	15,60			
			1	26,52			
			1	27,30			
			1	23,90			
Auszubildende	1	39,00					1,00
Bundesfreiwilligendienst-leis- tende							0,00
Freiwilliges soz. Jahr							0,00
Sonstige							0,00
Betreuung							
Sozialpädagogen							0,00
Sozialarbeiter/in							0,00
Ergotherapeuten / Beschäftigungs- therapeuten							0,00
Zusätzliche Betreuungskräfte nach § 85 Abs. 8 SGB XI			1	20,00			1,69
			1	30,00			
			1	16,00			
Sonstige							0,00

Kapitel 4 Ablauforganisation

4.1 Ist die Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert?

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

4.3 Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung körperbezogener Pflegemaßnahmen von Mitarbeitern ohne pflegerische Ausbildung durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet?

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

4.4 Liegen geeignete Dienstpläne für die Pflege vor?

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

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

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

Kapitel 5 Qualitätsmanagement

5.1 Liegt die Verantwortung für das Qualitätsmanagement auf der Leitungsebene und werden die Aufgaben von dieser wahrgenommen?

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

5.2 Setzt die stationäre Pflegeeinrichtung die folgenden zwei per Zufallsauswahl ausgewählten Expertenstandards um?

	ja	nein	n gepr
a. Dekubitusprophylaxe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
b. Pflegerisches Schmerzmanagement - Akutschmerz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
c. Pflegerisches Schmerzmanagement - chronischer Schmerz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
d. Sturzprophylaxe	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Kontinenzförderung	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Chronische Wunden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
g. Ernährungsmanagement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

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

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

5.6 (T32) Werden die Mitarbeiter in der Pflege und Betreuung regelmäßig in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?

Die Anforderung wird nicht erfüllt.

Die Pflegeeinrichtung kann nicht belegen, dass alle betroffenen Mitarbeiter in den letzten zwei Jahren geschult wurden.

Für die Mitarbeiter E., H.: Betreuungsfachkraft und N., P.: verantwortliche Pflegefachkraft liegt kein Nachweis vor, aus dem hervorgeht, dass diese in den vergangenen zwei Jahren in Erste Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult wurden.

5.7 (T50) Erfolgt eine nachweisliche Bearbeitung von Beschwerden?

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

Kapitel 6 Hygiene

6.1 (T53) Ist der Gesamteindruck der stationären Pflegeeinrichtung im Hinblick auf Sauberkeit, Ordnung und Geruch gut?

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

6.4 Liegen geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen vor?

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

Kapitel 7 Verpflegung

7.1 (T57) Wird der Speiseplan in gut lesbarer Form eines Wochenplans bekannt gegeben?

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

7.2 Wird in der stationären Pflegeeinrichtung ein abwechslungsreiches, vielseitiges und bedarfsgerechtes Speisenangebot vorgehalten?

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

7.3 (T54) Kann der Zeitpunkt des Essens im Rahmen bestimmter Zeitkorridore frei gewählt werden?

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

7.4 Wird speziellen Erfordernissen der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr der Bewohner Rechnung getragen?

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

7.5 (T59) Werden die Mahlzeiten in für die Bewohner angenehmen Räumlichkeiten und ruhiger Atmosphäre angeboten?

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

Kapitel 8 Betreuung

8.1 Werden Leistungen der Betreuung angeboten?

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

8.3 (T46) Sind die Angebote der Betreuung auf die Bewohnergruppen und deren Bedürfnisse ausgerichtet?

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

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

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

Wenn ja, mit welchem Stellenumfang? 1,50

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?

Die Anforderung wird mit 3 von 4 Kriterien erfüllt.

Nicht erfüllt sind die Kriterien:

- 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?

Der Mitarbeiter E., H., mit einem wöchentlichen Stundenumfang von 16 Stunden, hat im vergangenen Jahr nicht an entsprechenden Fortbildungsmaßnahmen nach § 4 Abs. 4 der Betreuungskräfte-Richtlinie teilgenommen.

8.9 Wird die Eingewöhnung der Bewohner in die stationäre Pflegeeinrichtung systematisch begleitet?

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

8.10 (T49) Gibt es konzeptionelle Aussagen zur Sterbebegleitung?

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

P1

Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner

9.1 Auftragsnummer:			180503VS18102100-000168285		
Datum	03.05.2018	Uhrzeit	09:35	Nummer Erhebungsbogen	P1

9.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P1
b. Pflegekasse	KKH
c. Pflege- / Wohnbereich	.
d. Geburtsdatum	1925
e. Einzugsdatum	11.02.2013
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus (insulinpflichtig), Zustand nach Hüft-TEP rechts, dialysepflichtige Niereninsuffizienz
g. Pflegegrad <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 5 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 4	
h. Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
j. Vorhandene Unterlagen	Pflegedokumentation

9.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	Tonya Ekmekci
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	Einrichtungsleitung / Altenpflegerin
c. Name des Mitarbeiters	M1
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	keine

Kapitel 10 Behandlungspflege

	ja	nein	tnz
10.1 Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt (T22) nachvollziehbar?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
10.2 Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

(T23) Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?

Der Pflegebedürftige soll nach ärztlicher Verordnung Oberschenkel lange Kompressionsstrümpfe tragen. Zum Zeitpunkt der Visitation trägt er keine. Die begleitende Pflegefachkraft gibt an, dass der Pflegebedürftige heute geduscht wurde und ihm daher keine Kompressionsstrümpfe angezogen wurden.

Am 29.04.2018 hatte der Pflegebedürftige einen Blutzuckerwert von 132 mg/dl, er hätte 8 I.E. vom Insulin Actraphane erhalten sollen. Da die gespritzten Einheiten nicht aufgeführt und nicht mit Handzeichen quittiert sind, ist nicht nachvollziehbar ob, wieviel und vom wem der Pflegebedürftige das Insulin erhalten hat.

Empfehlung/Maßnahme

Zur Sicherstellung der ärztlichen Therapie muss die behandlungspflegerische Maßnahme, wie das Anziehen von Kompressionsstrümpfen, entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt werden.

Für alle von betreuenden Haus- und Fachärzten verordneten behandlungspflegerischen Maßnahmen muss die Durchführung dieser Maßnahmen eindeutig dokumentiert und nachvollziehbar sein. Hierzu zählt auch der schriftliche Nachweis, dass der Pflegebedürftige die gemäß ärztlicher Verordnung bestimmte Insulinmenge erhalten hat. Nur durch die korrekte Gabe des Insulins können Risiken und Spätfolgen, die durch den Diabetes mellitus entstehen können, minimiert werden. Die gemäß Insulinschema vorgesehene bzw. verabreichte Insulinmenge muss dokumentiert werden.

	ja	nein	tnz
10.3 Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen (T24) Anordnungen?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Der Pflegebedürftige erhält das Insulin Actraphane nach Schema. Am 17.04.2018 erhielt er 8 I.E. und am 24.04.2018 erhielt er 8 I.E.. Da die Gabe des Insulins nicht mit Handzeichen quittiert ist, ist nicht nachvollziehbar wer das Insulin verabreicht hat.

Empfehlung/Maßnahme

Die erfolgte Medikamentengabe muss in der Pflegedokumentation des Pflegebedürftigen als durchgeführt quittiert werden. Es muss nachvollziehbar sein, welche Mitarbeiter mit welcher Qualifikation, wann die Medikamente dem Pflegebedürftigen verabreicht haben. Hat der Pflegebedürftige die Medikamente aus bestimmten Gründen nicht bekommen, ist dies zu dokumentieren.

	ja	nein	tnz
10.4 Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung? (T25)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Der Pflegebedürftige soll nach ärztlicher Verordnung ab einem Blutdruckwert über 160 / 100 mmHG einen Hub Nitrolingual Spray erhalten. Am 02.04.2018 hatte er einen Wert von 165 / 70 mmHg und am 30.04.2018 hatte der Pflegebedürftige einen Wert von 170/ 69 mmHG. Der Pflegebedürftige hat nachweislich kein Nitrolingual Spray erhalten.

Empfehlung/Maßnahme

Dem Pflegebedürftigen muss das Bedarfsmedikament Nitrolingual Spray bei einem Blutdruckwert über 160 / 100 mmHG nachweislich angeboten werden.

	ja	nein	tnz
10.5 (T26) Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Der Pflegebedürftige erhält nach ärztlicher Verordnung vom 24.04.2018 das Medikament Furobeta, eine halbe Tablette am Morgen und eine halbe Tablette am Abend. Im gerichteten Wochendispenser ist die halbe Tablette Futobeta am Morgen und am Mittag gerichtet.

Der Pflegebedürftige erhält dreimal täglich das Insulin Actraphane und in der Nacht das Insulin Protophane. Auf beiden Insulinpens ist kein Anbruchs- und Verfallsdatum vermerkt.

Empfehlung/Maßnahme

Für den Pflegebedürftigen muss sichergestellt werden, dass die gestellten Medikamente den ärztlichen Verordnungen gemäß Pflegedokumentation entsprechen.

Für alle Medikamente, welche gemäß Herstellerhinweis bei Anbruch eine begrenzte Gebrauchsdauer haben, muss nach dem Anbruch des Medikamentes das Anbruch- und/ oder Verfallsdatum auf dem Medikament dokumentiert werden. Wenn das Anbruch- bzw. Verfallsdatum nicht auf dem Medikament dokumentiert wird, besteht die Gefahr, dass der Pflegebedürftige das betreffende Medikament nach Ablauf der Haltbarkeit erhält.

	ja	nein
10.6 Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

	ja	nein	tnz
10.10 (T27) Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Empfehlung/Maßnahme

Durch das Anziehen der Kompressionsstrümpfe kommt es zu einem genau definierten Druck auf erweiterte venöse Gefäße. Werden die Kompressionsstrümpfe dem Pflegebedürftigen nicht angelegt, bleibt dieser Druck aus und kann dem Pflegebedürftigen unter Umständen Schaden zufügen.

Kapitel 11 Mobilität

11.1 Bewohner angetroffen
a. <input type="radio"/> liegend <input checked="" type="radio"/> sitzend <input type="radio"/> stehend
b. <input checked="" type="radio"/> Tageskleidung <input type="radio"/> Nachtwäsche

Der Pflegebedürftige wird mit Tageskleidung bekleidet in seinem Zimmer angetroffen. Er sitzt im Rollstuhl und begrüßt den Gutachter. Der Gutachter stellt sich vor und erklärt sein Vorgaben. Der Pflegebedürftige ist mit der Visitation einverstanden und beantwortet die an ihn gestellten Fragen adäquat.

Der Pflegebedürftige ist zur Person, zum Ort, zur Zeit und zur Situation orientiert.

Er kann Wünsche und Bedürfnisse äußern und kann die Klingel erreichen und bedienen.

Biografische Daten sind erhoben und er erhält regelmäßig Besuch von Angehörigen und Bekannten.

Der Pflegebedürftige nimmt wenn er das möchte an den Betreuungsangeboten teil. Dies entscheidet er selbst.

Diese Angaben sind in der Dokumentation beschrieben.

	ja nein
11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

Der Pflegebedürftige kann mit beiden Händen greifen, in den Nacken fassen und kann mit beiden Händen den Schürzengriff ausführen.

Er kann frei sitzen und mit Festhalten stehen.

Der Pflegebedürftige sitzt überwiegend in einem Rollstuhl mit dem er sich selbst fortbewegt. Bei weiteren Wegen wird er gefahren. Dreimal wöchentlich ist der Pflegebedürftige bei der Dialyse.

Der Pflegebedürftige kann kurze Wege im Rahmen der Physiotherapie gehen. Dazu verwendet er einen Rollator. Der Rollstuhl wird zur Sicherheit hinterher geschoben. Er hat einen unsicheren Gang.

Der Pflegebedürftige kann Transfers und Lageveränderungen selbstständig durchführen.

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

	ja nein
11.4 (T18) Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein tnz
11.5 Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche (T19) Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
von:	<input type="checkbox"/> Gutachter erhoben <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

	ja nein
11.7 (T1) Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
a. Gewicht	Datum	28.04.2018		
	kg	51,70		
b. Aktuelle Größe	152 cm			

c. BMI	22,38 kg/m ²
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input checked="" type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input type="radio"/> 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

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

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

	ja nein
12.5 (T7) Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein
12.6 (T10) Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein
12.9 (T9) Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein
12.10 (T12) Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

Kapitel 13 Harninkontinenz

13.1 Der Bewohner ist versorgt mit:	<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung
c. <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten	<input checked="" type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen

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

Kapitel 14 Umgang mit Demenz

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

Kapitel 15 Körperpflege

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

	ja nein tnz
15.2 Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der (T29) Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

15.3 Mundzustand / Zähne

Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

	ja nein
16.1 Wird beim Pflegeprozess die individuelle Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein
16.4 Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften (T31) durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein
16.5 Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

Kapitel 17 Sonstiges

Bewohner 1

	ja nein
17.1 Besteht ein kritisches Ereignis?	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>

P2

Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner

9.1 Auftragsnummer:			180503VS18102100-000168285		
Datum	03.05.2018	Uhrzeit	13:04	Nummer Erhebungsbogen	P2

9.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P2
b. Pflegekasse	Barmer GEK
c. Pflege- / Wohnbereich	.
d. Geburtsdatum	1934
e. Einzugsdatum	17.07.2012
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	TIA mit passagerer Dysarthrie, PEG-Anlage, demenzielles Syndrom, KHK, Depression, chronische Koprostase, Diabetes mellitus Typ 2
g. Pflegegrad <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 3 <input checked="" type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 4	
h. Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
j. Vorhandene Unterlagen	Pflegedokumentation

9.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	Gabriele_Constanze Kühn
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	verantwortliche Pflegefachkraft/Hygienebeauftragte/Altenpflegerin
c. Name des Mitarbeiters	M2
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	Bevollmächtigte

Kapitel 10 Behandlungspflege

	ja	nein	tnz
10.2 Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen (T23) Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
10.3 Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen (T24) Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
10.4 Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(T25)	
	ja nein tnz
10.5 (T26) Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein
10.6 Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen?	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>

Kapitel 11 Mobilität

11.1 Bewohner angetroffen
a. <input checked="" type="radio"/> liegend <input type="radio"/> sitzend <input type="radio"/> stehend
b. <input checked="" type="radio"/> Tageskleidung <input type="radio"/> Nachtwäsche

Der Pflegebedürftige wird mit Tageskleidung bekleidet in seinem Zimmer im Bett liegend angetroffen. Die Bevollmächtigte ist anwesend. Der Gutachter stellt sich der Bevollmächtigten und dem Pflegebedürftigen vor und erklärt die Situation. Die Bevollmächtigte und der Pflegebedürftige sind mit der Visitation einverstanden.

Ein Gespräch ist mit Einschränkungen möglich. Der Pflegebedürftige kann gut hören und sprechen. Die Antworten erfolgen teilweise sehr verlangsamt. Der Pflegebedürftige sagt, dass er sehr gern in seinem Bett liegt und seine Ruhe haben möchte. Die Bevollmächtigte sagt, dass der Pflegebedürftige an den sozialen Beschäftigungen eher teilnehmen möchte, wenn sie dabei ist. Die Bevollmächtigte sagt zudem, dass der Pflegebedürftige täglich für circa zwei Stunden im Rollstuhl sitzen kann.

Der Pflegebedürftige ist zur Person orientiert. Zum Ort, zur Zeit und zur Situation ist er nicht immer vollständig orientiert. Die Pflegefachkraft sagt, dass der Pflegebedürftige phasenweise nicht vorhandene Personen hört und sieht. Er ist in diesen Zeiten kognitiv sehr unruhig und kann sich auch durch beruhigende Gespräche nicht ablenken lassen. Einzig ein Bedarfsmedikament kann den Pflegebedürftigen beruhigen.

Der Pflegebedürftige kann Wünsche und Bedürfnisse äußern und die Klingel erreichen und bedienen.

Vorlieben und Abneigungen im Bereich der Aktivitäten und der sozialen Kontakte sind beschrieben. Sie wurden durch Aussagen des Pflegebedürftigen und aus Beobachtungen der aktuellen Lebenssituation ergänzt. Der Pflegebedürftige erhält täglich Besuch von Angehörigen.

Er ist zu den Sitzzeiten im Rollstuhl gesellig und nimmt auch gern Kontakt zu den Mitbewohnern auf. Der Pflegebedürftige nimmt an den Betreuungsangeboten überwiegend mit der Bevollmächtigten teil. Er erhält zudem Einzelangebote. Die begleitende Pflegefachkraft kennt die Vorlieben und Abneigungen im Bereich der Aktivitäten und sozialen Kontakte. Diese Angaben sind in der Dokumentation beschrieben.

	ja nein
11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

Die Ursachen der Bewegungseinschränkung sind bekannt und dokumentiert.

Der Pflegebedürftige hat einen reduzierten Allgemeinzustand, Schwindel und Gleichgewichtsstörungen. Die Pflegefachkraft erzählt, dass der Pflegebedürftige bei Einzug in die Einrichtung palliativ war und sich während der Eingewöhnungsphase stabilisieren konnte.

Der Pflegebedürftige hat Bewegungseinschränkungen in der rechten und linken Schulter, im rechten

und linken Ellenbogen, im rechten und linken Handgelenk und in den Fingergelenken beider Hände. Der Pflegebedürftige hat Bewegungseinschränkungen im rechten und linken Hüftgelenk, im rechten und linken Kniegelenk und im rechten und linken Sprunggelenk.

Der Pflegebedürftige kann mit beiden Händen zielgerichtet greifen und beide Hände mindestens auf Mundhöhe anheben.

Der Pflegebedürftige kann nicht frei sitzen, nicht allein aufstehen, nicht stehen und nicht gehen.

Die Transfers finden mit einem Tuchlifter statt. Der Pflegebedürftige kann seine Körperspannung im Sitzen nicht über einen längeren Zeitraum halten. Er kann täglich für ein bis zwei Stunden im Multifunktionsrollstuhl sitzen. Der Pflegebedürftige kann nicht selbstständig seine Lage im Bett umfänglich verändern. Er führt teilweise Mikrobewegungen im Bett aus. Der Pflegebedürftige schläft auf einer Wechseldruckmatratze. Die durchgängigen Bettseitenteile werden beidseits, zu den Liegezeiten, nach oben gestellt. Dies ist der Wunsch des Pflegebedürftigen und der Bevollmächtigten. Diese bestätigen dies auf Nachfrage des Gutachters.

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

	ja	nein
11.4 (T18) Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?	<input checked="" type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	von: <input type="checkbox"/> Gutachter erhoben <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen	

	ja	nein
11.7 (T1) Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
11.8 (T2) Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
a. Gewicht	Datum	27.04.2018		
	kg	77,20		
b. Aktuelle Größe	158 cm			
c. BMI	30,92 kg/m ²			
Gewichtsverlauf in den letzten sechs				

d. Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input checked="" type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input type="radio"/> 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

12.2	Der Bewohner ist versorgt mit:	<input type="checkbox"/> tnz								
Beschreibung										
a.	<input type="checkbox"/> Magensonde <input checked="" type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde	<input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input checked="" type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input checked="" type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus								
		<table border="1"> <tr> <td>Nahrung</td> <td>0,00 kcal/24 h</td> <td>Flussrate</td> <td>0,00 ml/h</td> </tr> <tr> <td>Flüssigkeit</td> <td>500,00 ml/24 h</td> <td>Flussrate</td> <td>150,00 ml/h</td> </tr> </table>	Nahrung	0,00 kcal/24 h	Flussrate	0,00 ml/h	Flüssigkeit	500,00 ml/24 h	Flussrate	150,00 ml/h
Nahrung	0,00 kcal/24 h	Flussrate	0,00 ml/h							
Flüssigkeit	500,00 ml/24 h	Flussrate	150,00 ml/h							
(Zustand Sonde, Eintrittsstelle, Verband)										
ohne Verband, Haut reizfrei										

Der Pflegebedürftige wird ergänzend über die PEG-Ernährungssonde mit Flüssigkeit versorgt.

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

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

	ja	nein
12.5 (T7) Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
12.6 (T10) Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
12.7 (T8) Werden bei Einschränkungen der selbständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
12.8 Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(T11) selbständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?	
	ja nein
12.9 Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der (T9) Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	ja nein
12.10 Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der (T12) Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	ja nein tnz
12.11 Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn (T28) angeregt?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> tnz

Kapitel 13 Harninkontinenz

13.1 Der Bewohner ist versorgt mit:	<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung
c. <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten	<input checked="" type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen
13.2 Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen
	ja nein tnz
13.3 Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit (T16) Blasenkatheter die individuellen Risiken und Ressourcen erfasst?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> tnz
	ja nein tnz
13.4 Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die (T17) erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> tnz

Kapitel 14 Umgang mit Demenz

14.1 Orientierung und Kommunikation	
a. sinnvolles Gespräch möglich	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
b. nonverbale Kommunikation möglich	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
c. Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
	ja nein tnz
14.2 Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biografie des Bewohners (T33) beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> tnz
	ja nein tnz
14.3 Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und Betreuung	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> tnz

(T34) einbezogen?	
	ja nein tnz
14.4 Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der (T35) Pflege und Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein tnz
14.5 Werden Bewohnern mit Demenz geeignete (T40) Freizeit-/Beschäftigungsangebote gemacht?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein tnz
14.6 Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag (T36) beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

Kapitel 15 Körperpflege

15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut	
	Beschreibung
a. <input checked="" type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)
	ja nein tnz
15.2 Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der (T29) Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
15.3 Mundzustand / Zähne	
	ja nein tnz
15.4 Wird die erforderliche Mund- und Zahnpflege den Bedürfnissen und (T30) Gewohnheiten des Bewohners entsprechend durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

	ja nein
16.1 Wird beim Pflegeprozess die individuelle Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein
16.4 Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften (T31) durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein
16.5 Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

Kapitel 17 Sonstiges

Bewohner 2

	ja	nein
17.1 Besteht ein kritisches Ereignis?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

P3

Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner

9.1 Auftragsnummer:		180503VS18102100-000168285			
Datum	03.05.2018	Uhrzeit	10:08	Nummer Erhebungsbogen	P3

9.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P3
b. Pflegekasse	BKK ZF & Partner
c. Pflege- / Wohnbereich	.
d. Geburtsdatum	1929
e. Einzugsdatum	19.03.2018
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Skoliose, Vorhofflimmern, Gangunsicherheit,
g. Pflegegrad <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 5 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 4	
h. Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
j. Vorhandene Unterlagen	Pflegedokumentation

9.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	Daniela Steckbauer
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	Pflegefachkraft/ Altenpfleger, verantwortliche Pflegefachkraft/ Altenpflegerin
c. Name des Mitarbeiters	M3 M4
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	keine

Kapitel 10 Behandlungspflege

	ja	nein	tnz
10.1 Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt			

(T22) nachvollziehbar?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein tnz
10.2 Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen (T23) Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein tnz
10.3 Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen (T24) Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein tnz
10.4 Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung? (T25)	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein tnz
10.5 Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht? (T26)	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein
10.6 Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen?	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
	ja nein tnz
10.10 Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt? (T27)	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

Kapitel 11 Mobilität

11.1 Bewohner angetroffen
a. <input type="radio"/> liegend <input type="radio"/> sitzend <input checked="" type="radio"/> stehend
b. <input checked="" type="radio"/> Tageskleidung <input type="radio"/> Nachtwäsche

Der Pflegebedürftige wird mit Tageskleidung bekleidet in seinem Zimmer, am Tisch stehend angetroffen. Die begleitende Pflegefachkraft informiert den Pflegebedürftigen über den Besuch. Der Gutachter stellt sich vor und informiert den Pflegebedürftigen über die Situation. Der Pflegebedürftige freut sich über den Besuch, reicht dem Gutachter zur Begrüßung die Hand und ist mit der Visitation einverstanden. Ein Gespräch ist ohne Einschränkungen möglich. Der Pflegebedürftige ist zur Person, zum Ort, zur Zeit und zur Situation orientiert. Der Pflegebedürftige kann Wünsche und Bedürfnisse äußern und die Klingel erreichen und bedienen. Vorlieben und Abneigungen im Bereich der Aktivitäten und der sozialen Kontakte sind beschrieben. Sie wurden durch Aussagen des Pflegebedürftigen und aus Beobachtungen der aktuellen Lebenssituation ergänzt. Der Pflegebedürftige erhält regelmäßig Besuch von Angehörigen und Bekannten. Der Pflegebedürftige ist gesellig und nimmt gerne an den Betreuungsangeboten teil. Diese Angaben sind in der Dokumentation beschrieben.

	ja nein
11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

Die Bewegungseinschränkungen sind bekannt und dokumentiert.

Der Pflegebedürftige hat eine Skoliose. Im Bereich der Brustwirbel ist ein ausgeprägter Rippenbuckel nach hinten sichtbar.

Der Pflegebedürftige kann mit beiden Händen zielgerichtet greifen und beide Hände über Kopfniveau anheben. Der Pflegebedürftige kann frei sitzen und mit Festhalten stehen. Der Pflegebedürftige ist gangunsicher. Der Pflegebedürftige kann mit dem Rollator selbstständig gehen. Das Gangbild ist nach vorne gebeugt und verlangsamt. Der Pflegebedürftige hebt beim Gehen das linke Bein nicht vollständig vom Boden ab.

Der Pflegebedürftige kann sich selbstständig von der Liegeposition aufsetzen.

Der Pflegebedürftige kann Transfers ohne personelle Hilfe durchführen.

Der Pflegebedürftige kann Lageveränderungen umfänglich selbstständig durchführen.

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

	ja	nein
11.4 (T18) Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
11.5 (T19) Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?	<input type="radio"/> ja	<input checked="" type="radio"/> nein
	von: <input type="checkbox"/> Gutachter erhoben <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen	

	ja	nein
11.7 (T1) Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
a. Gewicht	Datum	30.04.2018		
	kg	59,30		
b. Aktuelle Größe	165 cm			
c. BMI	21,78 kg/m ²			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input checked="" type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input type="radio"/> 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
---------------------------	---

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

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

	ja nein
12.5 (T7) Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein
12.6 (T10) Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein
12.9 (T9) Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein
12.10 (T12) Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

Kapitel 13 Harninkontinenz

13.1 Der Bewohner ist versorgt mit:	<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung
c. <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten	<input checked="" type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen

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

Kapitel 14 Umgang mit Demenz

14.1 Orientierung und Kommunikation
--

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

Kapitel 15 Körperpflege

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

Der Pflegebedürftige sagt im Gespräch, dass er keine Auffälligkeiten an der Haut hat. Er sagt: "die Haut muss nicht angeschaut werden". Dies wird durch die Pflegefachkraft bestätigt und ist in der eingesehen Dokumentation hinterlegt.

	ja	nein	tnz
15.2 Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der (T29) Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15.3 Mundzustand / Zähne

Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

	ja	nein
16.1 Wird beim Pflegeprozess die individuelle Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
16.4 Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften (T31) durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
16.5 Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 17 Sonstiges

Bewohner 3

	ja	nein
17.1 Besteht ein kritisches Ereignis?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

P4

Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner

9.1 Auftragsnummer:			180503VS18102100-000168285		
Datum	03.05.2018	Uhrzeit	10:20	Nummer Erhebungsbogen	P4

9.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P4
b. Pflegekasse	DAK
c. Pflege- / Wohnbereich	.
d. Geburtsdatum	1932
e. Einzugsdatum	09.04.2015
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Demenzerkrankung, Zustand nach Beckenringfraktur, Osteopenie
g. Pflegegrad <input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 4	
h. Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
j. Vorhandene Unterlagen	Pflegedokumentation

9.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	Tonya Ekmekci
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	Einrichtungsleitung / Altenpflegerin
c. Name des Mitarbeiters	M1
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	keine

Kapitel 10 Behandlungspflege

	ja	nein	tnz
10.1 Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt (T22) nachvollziehbar?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
10.2 Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen (T23) Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
10.3 Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen (T24) Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz

10.4 Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung? (T25)	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein tnz
10.5 Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht? (T26)	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein
10.6 Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
Ja: <input type="checkbox"/> akute Schmerzen <input checked="" type="checkbox"/> chronische Schmerzen	
Von: <input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen	
	ja nein tnz
10.7 Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung? (T13)	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein tnz
10.8 Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten (T14) eng mit dem behandelnden Arzt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein tnz
10.9 Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich (T15) verordneten Medikamente?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

Kapitel 11 Mobilität

11.1 Bewohner angetroffen
a. <input type="radio"/> liegend <input type="radio"/> sitzend <input checked="" type="radio"/> stehend
b. <input checked="" type="radio"/> Tageskleidung <input type="radio"/> Nachtwäsche

Der Pflegebedürftige wird mit Tageskleidung bekleidet in seinem Zimmer angetroffen. Er steht im Bad, geht zum Bett und setzt sich. Der Gutachter stellt sich vor und erklärt sein Vorhaben. Der Pflegebedürftige ist mit der Visitation einverstanden. Die an ihn gestellten Fragen beantwortet er adäquat. Komplexeren Inhalten kann er nicht immer folgen.

Der Pflegebedürftige ist nach Angabe zur Person und zum Ort orientiert. Zur Zeit und zur Situation ist er nicht umfassend orientiert. Er hat kognitive Einschränkungen im Kurzzeitgedächtnis.

Der Pflegebedürftige kann Wünsche und Bedürfnisse äußern. Er kann die Klingel nicht immer adäquat bedienen.

Biografische Daten sind erhoben und er erhält regelmäßig Besuch von Angehörigen und Bekannten.

Der Pflegebedürftige muss zu der Teilnahme an den Beschäftigungsangeboten motiviert und eingeladen werden.

Diese Angaben sind in der Dokumentation beschrieben.

	ja nein
--	---------

11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	● ○
--	-----

Der Pflegebedürftige kann mit beiden Händen greifen, in den Nacken fassen und kann mit beiden Händen den Schürzengriff ausführen.

Der Pflegebedürftige kann frei sitzen, frei stehen, alleine aufstehen und ohne Hilfsmittel im Zimmer gehen.

Ausserhalb des Zimmers geht er mit einem Rollator. Sein Gangbild ohne Hilfsmittel ist unsicher, mit seinem Rollator geht er sicher.

Der Pflegebedürftige kann Transfers und Lageveränderungen im Bett selbstständig durchführen.

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

	ja nein
11.4 (T18) Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?	● ○

	ja nein tnz
11.5 (T19) Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?	● ○ ○

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?	○ ja ● nein
	von: <input type="checkbox"/> Gutachter erhoben <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

	ja nein
11.7 (T1) Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?	● ○

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
a. Gewicht	Datum	29.04.2018		
	kg	83,50		
b. Aktuelle Größe	162 cm			
c. BMI	31,82 kg/m ²			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	○ zugenommen			
	● konstant			
	○ relevante Abnahme			
	○ kann nicht ermittelt werden			
<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig				

e. Flüssigkeitsversorgung	<input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten
---------------------------	--

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

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

	ja nein
12.5 (T7) Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein
12.6 (T10) Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein
12.9 (T9) Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein
12.10 (T12) Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

Kapitel 13 Harninkontinenz

13.1 Der Bewohner ist versorgt mit:	<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung
c. <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten	<input checked="" type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen

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

Kapitel 14 Umgang mit Demenz

14.1 Orientierung und Kommunikation	
a. sinnvolles Gespräch möglich	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

b. nonverbale Kommunikation möglich	<input checked="" type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
c. Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	<input type="radio"/> ja	<input checked="" type="radio"/> nein

	ja	nein	tnz
14.2 Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biografie des Bewohners (T33) beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
14.3 Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und Betreuung einbezogen? (T34)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
14.4 Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der (T35) Pflege und Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
14.5 Werden Bewohnern mit Demenz geeignete (T40) Freizeit-/Beschäftigungsangebote gemacht?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
14.6 Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag (T36) beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 15 Körperpflege

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

	ja	nein	tnz
15.2 Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der (T29) Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15.3 Mundzustand / Zähne

Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

	ja	nein
16.1 Wird beim Pflegeprozess die individuelle Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
16.4 Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften (T31) durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation		

16.5 eingesetzt worden?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
-------------------------	--

Kapitel 17 Sonstiges

Bewohner 4

	ja nein
17.1 Besteht ein kritisches Ereignis?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein

P5

Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner

9.1 Auftragsnummer:		180503VS18102100-000168285			
Datum	03.05.2018	Uhrzeit	10:46	Nummer Erhebungsbogen	P5

9.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P5
b. Pflegekasse	AOK
c. Pflege- / Wohnbereich	.
d. Geburtsdatum	1934
e. Einzugsdatum	30.04.2015
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Rheumatoide Arthritis, Osteoporose, Facialisparesie links
g. Pflegegrad <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 4	
h. Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
j. Vorhandene Unterlagen	Pflegedokumentation

9.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	Gabriele_Constanze Kühn
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	verantwortliche Pflegefachkraft/Hygienebeauftragte/Altenpflegerin
c. Name des Mitarbeiters	M2
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	keine

Kapitel 10 Behandlungspflege

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

Kapitel 11 Mobilität

11.1 Bewohner angetroffen
a. <input checked="" type="radio"/> liegend <input type="radio"/> sitzend <input type="radio"/> stehend
b. <input checked="" type="radio"/> Tageskleidung <input type="radio"/> Nachtwäsche

Der Pflegebedürftige wird mit Tageskleidung bekleidet in seinem Zimmer angetroffen. Er ist anlässlich der Inaugenscheinnahme der gefährdeten Hautpartien noch im Bett geblieben. Zum Gespräch wird vereinbart, dass der Gutachter ein zweites Mal kommt, wenn der Pflegebedürftige im Rollstuhl sitzt.

Der Gutachter besucht den Pflegebedürftigen nach dem Konzert. Er sitzt im Rollstuhl und wird von der Pflegefachkraft in ein separates Zimmer gefahren. Der Gutachter begrüßt nochmals den Pflegebedürftigen. Der Pflegebedürftige kann mit seinen Hörgeräten gut hören. Er kann gut sprechen. Geschlossene Fragen beantwortet der Pflegebedürftige prompt und adäquat. Er kann zu seinem Befinden, sowie Wünschen und Bedürfnissen Auskunft geben. Inhaltliche Fragen beantwortet der Pflegebedürftige mit zeitlicher Verzögerung. Der Pflegebedürftige sagt, dass er nur sehr langsam denken kann. Der Pflegebedürftige sagt, dass ihm das viele Reden anstrengt. Der Gutachter beendet das Gespräch und verabschiedet sich von dem Pflegebedürftigen.

Der Pflegebedürftige ist zur Person, zum Ort und zur Zeit orientiert. Zur Situation ist er nicht immer vollständig orientiert. Der Pflegebedürftige kann die Klingel erreichen und bedienen.

Vorlieben und Abneigungen im Bereich der Aktivitäten und der sozialen Kontakte sind beschrieben. Sie wurden durch Aussagen des Pflegebedürftigen und aus Beobachtungen der aktuellen Lebenssituation ergänzt.

Der Pflegebedürftige erhält regelmäßig Besuch von Angehörigen und Bekannten.

Der Pflegebedürftige ist gesellig und er nimmt gerne an den Betreuungsangeboten teil.

Die begleitende Pflegefachkraft kennt die Vorlieben und Abneigungen im Bereich der Aktivitäten und sozialen Kontakte. Diese Angaben sind in der Dokumentation beschrieben.

	ja	nein
11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Die Ursachen der Bewegungseinschränkung sind bekannt und dokumentiert.

Die Bewegungseinschränkungen sind bedingt durch fehlende Muskelkraft.

Der Pflegebedürftige hat Bewegungseinschränkungen in der rechten und linken Schulter, im rechten und linken Ellenbogen, im rechten und linken Handgelenk und in den Fingergelenken beider Hände. Er hat zudem Ödeme in beiden Händen.

Der Pflegebedürftige hat Bewegungseinschränkungen im rechten und linken Hüftgelenk, im rechten und linken Kniegelenk und im rechten und linken Sprunggelenk.

Der Pflegebedürftige kann nicht frei sitzen, nicht allein aufstehen, nicht frei stehen und nicht gehen. Die Transfers finden mit einer Aufstehhilfe oder zwei Pflegekräften statt. Er sitzt am Tag im Rollstuhl und wird gefahren.

Der Pflegebedürftige kann nicht selbstständig seine Lage im Bett umfänglich verändern. Lagerungen werden regelmäßig durchgeführt.

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

	ja	nein
11.4 (T18) Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	<input checked="" type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
--	-------------------------------------	----------------------------

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?		
		von: <input type="checkbox"/> Gutachter erhoben <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

	ja	nein
11.7 (T1) Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
11.8 (T2) Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
a. Gewicht	Datum	27.04.2018		
	kg	60,20		
b. Aktuelle Größe	158 cm			
c. BMI	24,11 kg/m ²			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input checked="" type="radio"/> zugenommen			
	<input type="radio"/> konstant			
	<input type="radio"/> relevante Abnahme			
	<input type="radio"/> 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			

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

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

	ja	nein
12.5 (T7) Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
12.6 Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

(T10)	
	ja nein tnz
12.7 Werden bei Einschränkungen der selbständigen Nahrungsversorgung (T8) erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein tnz
12.8 Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der (T11) selbständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein
12.9 Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der (T9) Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein
12.10 Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der (T12) Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

Kapitel 13 Harninkontinenz

13.1 Der Bewohner ist versorgt mit:	<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung
b. <input checked="" type="checkbox"/> Transurethralem Katheter	.
c. <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten	<input checked="" type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen
13.2 Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

Der Pflegebedürftige ist harninkontinent. Er trägt einen transurethralen Blasenverweilkatheter. Der Einrichtung ist die medizinische Indikation hierfür bekannt. Der Pflegebedürftige benötigt Hilfe beim Leeren des Auffangbeutels. Die Pflegekräfte leeren den Auffangbeutel und wechseln diesen entsprechend den Herstellervorgaben (abhängig kompensierte Inkontinenz).

	ja nein tnz
13.3 Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit (T16) Blasenkateter die individuellen Risiken und Ressourcen erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein tnz
13.4 Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkateter die (T17) erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

Kapitel 14 Umgang mit Demenz

14.1 Orientierung und Kommunikation
--

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

Kapitel 15 Körperpflege

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

	ja	nein	tnz
15.2 Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der (T29) Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15.3 Mundzustand / Zähne

	ja	nein	tnz
15.4 Wird die erforderliche Mund- und Zahnpflege den Bedürfnissen und (T30) Gewohnheiten des Bewohners entsprechend durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

	ja	nein
16.1 Wird beim Pflegeprozess die individuelle Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
16.4 Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften (T31) durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
16.5 Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 17 Sonstiges

Bewohner 5

	ja	nein
17.1 Besteht ein kritisches Ereignis?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

P6

Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner

--	--

9.1 Auftragsnummer:			180503VS18102100-000168285		
Datum	03.05.2018	Uhrzeit	09:42	Nummer Erhebungsbogen	P6

9.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P6
b. Pflegekasse	Barmer GEK
c. Pflege- / Wohnbereich	.
d. Geburtsdatum	1954
e. Einzugsdatum	23.03.2009
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Zustand nach Hirnblutung, spastische Hemiparese rechts, bekannte globale Aphasie, symptomatische Epilepsie, Inkontinenz, arterielle Hypertonie
g. Pflegegrad <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 3 <input checked="" type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 4	
h. Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
j. Vorhandene Unterlagen	Pflegedokumentation

9.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	Gabriele_Constanze Kühn
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	verantwortliche Pflegefachkraft/Hygienebeauftragte/Altenpflegerin
c. Name des Mitarbeiters	M2
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	Bevollmächtigter

Kapitel 10 Behandlungspflege

	ja nein tnz
10.2 Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen (T23) Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein tnz
10.3 Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen (T24) Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein tnz
10.4 Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung? (T25)	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein tnz
10.5 (T26) Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein
10.6 Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen?	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>

Kapitel 11 Mobilität

11.1 Bewohner angetroffen
a. <input type="radio"/> liegend <input checked="" type="radio"/> sitzend <input type="radio"/> stehend
b. <input checked="" type="radio"/> Tageskleidung <input type="radio"/> Nachtwäsche

Der Pflegebedürftige wird mit Tageskleidung bekleidet in seinem Zimmer im Rollstuhl sitzend angetroffen. Der Bevollmächtigte ist anwesend und im Vorfeld informiert worden. Der Gutachter begrüßt den Pflegebedürftigen und erklärt ihm die Situation. Der Pflegebedürftige nimmt den Blickkontakt auf. Er antwortet nicht und zeigt keine Veränderung der Mimik. Ein Gespräch ist nicht möglich. Der Bevollmächtigte sagt, dass der Pflegebedürftige nicht sprechen kann. Teilweise kann er über Ablehnung Bedürfnisse signalisieren. Der Bevollmächtigte sagt, dass der Pflegebedürftige zum Beispiel seinen Mund nicht mehr öffnet, wenn er nicht mehr essen möchte. Der Pflegebedürftige ist zum Ehepartner und nahen Personen im Umkreis orientiert. In wie weit der Pflegebedürftige zu anderen Person, zum Ort, zur Zeit und zur Situation orientiert ist, ist nicht abschließend beurteilbar. Die Pflegefachkraft stimmt dem Gutachter zu. Der Pflegebedürftige kann die Klingel nicht bedienen. Vorlieben und Abneigungen im Bereich der Aktivitäten und der sozialen Kontakte sind beschrieben. Sie wurden aus Beobachtungen der aktuellen Lebenssituation ergänzt. Der Pflegebedürftige erhält täglich ein bis drei mal Besuch von seinem Bevollmächtigten. Der Pflegebedürftige erhält Betreuungsangebote angeboten. Er nimmt an Gruppenveranstaltungen teil, zu denen er überwiegend von seinem Bevollmächtigten gefahren wird. Zusätzlich erhält er Einzelbetreuung angeboten. Die begleitende Pflegefachkraft kennt die Vorlieben und Abneigungen im Bereich der Aktivitäten und sozialen Kontakte. Diese Angaben sind in der Dokumentation beschrieben.

	ja nein
11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

Die Ursachen der Bewegungseinschränkung sind bekannt und dokumentiert. Der Pflegebedürftige hat eine spastische Hemiparese rechts. Er erhält 3x wöchentlich Physiotherapie und 2x wöchentlich Ergotherapie. Die Spastiken lassen sich teilweise etwas, jedoch nicht vollständig, lösen. Der Pflegebedürftige hat Bewegungseinschränkungen in allen Gelenken. Er hält die Finger der rechten Hand zur Faust, nicht vollständig, geschlossen. Die Fingergelenke sind in Beugehaltung eingesteift. Die Finger der linken Hand hält der Pflegebedürftige gestreckt. Diese sind in Streckhaltung eingesteift. Beide Kniegelenke sind in Streckhaltung eingesteift. Die Sprunggelenke sind nach innen routiert, links mehr als rechts, und ebenfalls eingesteift.

Der Pflegebedürftige kann mit beiden Händen nicht greifen. Er kann nicht frei sitzen, nicht allein

aufstehen, nicht stehen und nicht gehen. Die Transfers finden mit einem Tuchlifter statt. Er kann seine Körperspannung im Sitzen über einen längeren Zeitraum nicht halten. Der Pflegebedürftige kann in einem Multifunktionsrollstuhl sitzen.

Der täglich anwesende Bevollmächtigte möchte den Multifunktionsrollstuhl für den Pflegebedürftigen nicht nutzen. Ein Beratungsgespräch ist mit dem Bevollmächtigten geführt worden. Das Gespräch ist dokumentiert worden. Der Bevollmächtigte möchte bei seiner Anwesenheit den Pflegebedürftigen in einem handelsüblichen Rollstuhl transferieren lassen.

Der Pflegebedürftige kann nicht selbstständig seine Lage im Bett umfänglich verändern. Er führt keine Eigenbewegungen durch.

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

	ja	nein
11.4 (T18) Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
11.5 Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche (T19) Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?	<input checked="" type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	von: <input type="checkbox"/> Gutachter erhoben <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen	

	ja	nein
11.7 (T1) Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
11.8 (T2) Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
a. Gewicht	Datum	10.04.2018		
	kg	61,30		
b. Aktuelle Größe	173 cm			
c. BMI	20,48 kg/m ²			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs				

Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input checked="" type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input type="radio"/> 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

12.2	Der Bewohner ist versorgt mit:	<input type="checkbox"/> tnz								
Beschreibung										
a.	<input type="checkbox"/> Magensonde <input checked="" type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde	<input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input checked="" type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input checked="" type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus								
		<table border="1"> <tr> <td>Nahrung</td> <td>500,00 kcal/24 h</td> <td>Flussrate</td> <td>150,00 ml/h</td> </tr> <tr> <td>Flüssigkeit</td> <td>1000,00 ml/24 h</td> <td>Flussrate</td> <td>190,00 ml/h</td> </tr> </table>	Nahrung	500,00 kcal/24 h	Flussrate	150,00 ml/h	Flüssigkeit	1000,00 ml/24 h	Flussrate	190,00 ml/h
Nahrung	500,00 kcal/24 h	Flussrate	150,00 ml/h							
Flüssigkeit	1000,00 ml/24 h	Flussrate	190,00 ml/h							
(Zustand Sonde, Eintrittsstelle, Verband)										
Urgotüll, Freca, Schlitzkompressen, Fixomull Strech, 3x wöchentlich, Haut ist leicht gerötet,										

Der Pflegebedürftige wird ergänzend über die PEG-Ernährungssonde ernährt.
 Der Pflegebedürftige wird ausschließlich über die PEG-Ernährungssonde mit Flüssigkeit versorgt.

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

Der Pflegebedürftige erhält oral passierte Kost zu den Mahlzeiten angeboten.
 Der Bevollmächtigte kommt ein bis drei mal täglich und gibt dem Pflegebedürftigen ebenfalls Mahlzeiten ein.

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

12.5 (T7) Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?	ja nein
	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

12.6 (T10) Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?	ja nein
	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein tnz
--	-------------

12.7 Werden bei Einschränkungen der selbständigen Nahrungsversorgung (T8) erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> tnz
12.8 Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der (T11) selbständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?	ja nein tnz <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> tnz
12.9 Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der (T9) Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	ja nein <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
12.10 Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der (T12) Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	ja nein <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
12.11 Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn (T28) angeregt?	ja nein tnz <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> tnz

Kapitel 13 Harninkontinenz

13.1 Der Bewohner ist versorgt mit:	<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung
c. <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten	<input checked="" type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen
13.2 Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen
13.3 Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit (T16) Blasenkatheter die individuellen Risiken und Ressourcen erfasst?	ja nein tnz <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> tnz
13.4 Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die (T17) erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?	ja nein tnz <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> tnz

Kapitel 14 Umgang mit Demenz

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

Kapitel 15 Körperpflege

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

	ja nein tnz
15.2 Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der (T29) Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

15.3 Mundzustand / Zähne

Die Zahnprothesen des Pflegebedürftigen sitzen locken und finden keinen Halt mehr am Ober- und Unterkiefer. Der behandelnde Zahnarzt hat den Pflegebedürftigen visitiert und gesagt, dass die Kiefergelenke sich nicht mehr für einen Abdruck für neue Zahnprothesen eignen und die Zahnprothesen nicht mehr eingesetzt werden sollen. Der Bevollmächtigte ist darüber informiert und beraten worden. Der Bevollmächtigte setzt zu den Mahlzeiten dem Pflegebedürftigen eigenständig die Zahnprothesen ein.

	ja nein tnz
15.4 Wird die erforderliche Mund- und Zahnpflege den Bedürfnissen und (T30) Gewohnheiten des Bewohners entsprechend durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

	ja nein
16.1 Wird beim Pflegeprozess die individuelle Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein
16.4 Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften (T31) durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein
16.5 Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

Kapitel 17 Sonstiges

Bewohner 6

	ja nein
17.1 Besteht ein kritisches Ereignis?	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>

17.2 Sonstiges

Der Pflegebedürftige kann nicht zu seiner Zufriedenheit befragt werden.

P7

Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner

9.1 Auftragsnummer:			180503VS18102100-000168285		
Datum	03.05.2018	Uhrzeit	10:54	Nummer Erhebungsbogen	P7

9.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P7
b. Pflegekasse	AOK
c. Pflege- / Wohnbereich	.
d. Geburtsdatum	1932
e. Einzugsdatum	29.12.2016
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Gonarthrose links, Coxarthrose beidseits, Facettengelenksarthrose der gesamten LWS und unteren LWS, hypertensive Krisen mit Schwindel
g. Pflegegrad <input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 4	
h. Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
j. Vorhandene Unterlagen	Pflegedokumentation

9.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	Tonya Ekmekci
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	Einrichtungsleitung / Altenpflegerin
c. Name des Mitarbeiters	M1
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	keine

Kapitel 10 Behandlungspflege

	ja	nein	tnz
10.1 Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt (T22) nachvollziehbar?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
10.2 Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen (T23) Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja nein tnz
10.3 Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen (T24) Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein tnz
10.4 Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung? (T25)	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein tnz
10.5 (T26) Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein
10.6 Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen?	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
	ja nein tnz
10.10 (T27) Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

Kapitel 11 Mobilität

11.1 Bewohner angetroffen
a. <input type="radio"/> liegend <input checked="" type="radio"/> sitzend <input type="radio"/> stehend
b. <input checked="" type="radio"/> Tageskleidung <input type="radio"/> Nachtwäsche

Der Pflegebedürftige wird mit Tageskleidung bekleidet in seinem Zimmer angetroffen. Er sitzt im Rollstuhl und begrüßt den Gutachter. Der Gutachter stellt sich vor und erklärt sein Vorhaben. Der Pflegebedürftige ist mit der Visitation einverstanden und beantwortet die an ihn gestellten Fragen adäquat.

Der Pflegebedürftige ist zur Person, zum Ort, zur Zeit und zur Situation orientiert. Er kann Wünsche und Bedürfnisse äußern und kann die Klingel erreichen und bedienen.

Biografische Daten sind erhoben und er erhält regelmäßig Besuch von Angehörigen und Bekannten.

Der Pflegebedürftige ist gesellig und nimmt gerne an den Betreuungsangeboten teil. Diese Angaben sind in der Dokumentation beschrieben.

	ja nein
11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

Der Pflegebedürftige kann mit beiden Händen greifen, in den Nacken fassen und kann mit beiden Händen den Schürzengriff ausführen. Er ist phasenweise kraftlos in den Fingergelenken. Der Pflegebedürftige kann frei sitzen und mit Festhalten kurz stehen. Transfermaßnahmen in einen Rollstuhl führt der Pflegebedürftige über den Stand selbst aus. Im Rollstuhl bewegt er sich selbst vorwärts. Er ist in den Beinen kraftlos und kann aufgrund dessen nicht gehen. Der Pflegebedürftige kann Lageveränderungen im Bett selbstständig durchführen.

	ja nein
--	------------

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

	ja nein
11.4 (T18) Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

	ja nein tnz
11.5 (T19) Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> tnz

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
	von: <input type="checkbox"/> Gutachter erhoben <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

	ja nein
11.7 (T1) Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
a. Gewicht	Datum	01.05.2018		
	kg	73,20		
b. Aktuelle Größe	160 cm			
c. BMI	28,59 kg/m ²			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input checked="" type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input type="radio"/> 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			

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

12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
---	--

Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen
------	--

	ja nein
12.5 (T7) Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein
12.6 (T10) Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein
12.9 (T9) Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein
12.10 (T12) Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

Kapitel 13 Harninkontinenz

13.1 Der Bewohner ist versorgt mit:	<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung
c. <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten	<input checked="" type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen

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

Kapitel 14 Umgang mit Demenz

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

Kapitel 15 Körperpflege

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

	ja	nein	tnz
15.2 Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der (T29) Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15.3 Mundzustand / Zähne

Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

	ja	nein
16.1 Wird beim Pflegeprozess die individuelle Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
16.4 Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften (T31) durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
16.5 Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
16.6 Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 17 Sonstiges

Bewohner 7

	ja	nein
17.1 Besteht ein kritisches Ereignis?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

P8

Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner

9.1 Auftragsnummer:	180503VS18102100-000168285				
Datum	03.05.2018	Uhrzeit	12:48	Nummer Erhebungsbogen	P8

9.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P8
b. Pflegekasse	Hallesche
c. Pflege- / Wohnbereich	.
d. Geburtsdatum	1922
e. Einzugsdatum	05.02.2016

f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Arthrose, Osteoporose, arterielle Hypertonie, chronische Gastritis, Demenz
g. Pflegegrad <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 4	
h. Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
j. Vorhandene Unterlagen	Pflegedokumentation

9.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	Gabriele_Constanze Kühn
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	verantwortliche Pflegefachkraft/Hygienebeauftragte/Altenpflegerin
c. Name des Mitarbeiters	M2
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	keine

Kapitel 10 Behandlungspflege

	ja	nein	tnz
10.2 Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen (T23) Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
10.3 Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen (T24) Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
10.4 Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung? (T25)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
10.5 (T26) Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

	ja	nein	tnz
10.7 (T13) Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	ja	nein	tnz
10.8 (T14) Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	ja	nein	tnz
10.9 (T15) Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 11 Mobilität

11.1 Bewohner angetroffen
a. <input type="radio"/> liegend <input checked="" type="radio"/> sitzend <input type="radio"/> stehend
b. <input checked="" type="radio"/> Tageskleidung <input type="radio"/> Nachtwäsche

Der Pflegebedürftige wird mit Tageskleidung bekleidet im Aufenthaltsraum des Wohnbereiches angetroffen. Er sitzt mit Besuch von Bekannten zusammen. Die Pflegefachkraft informiert den Pflegebedürftigen über den Besuch. Der Besuch verabschiedet sich. Die Pflegefachkraft fährt den Pflegebedürftigen mit dem Rollstuhl in sein Zimmer. Der Gutachter stellt sich den Pflegebedürftigen vor und erklärt ihm die Situation. Der Pflegebedürftige reicht dem Gutachter zur Begrüßung die Hand und ist mit der Visitation einverstanden. Ein Gespräch ist mit Einschränkungen möglich. Der Pflegebedürftige kann mit seinen Hörgeräten gut hören. Er kann gut sprechen. Der Pflegebedürftige kann zu seinem Befinden und einzelnen geschlossenen Fragen Auskunft geben. Inhaltliche Fragen kann der Pflegebedürftige nicht beantworten. Die Pflegefachkraft sagt später, dass der Pflegebedürftige heute einen nicht so guten Tag hat.

Der Pflegebedürftige ist zur Person, zum Ort und zur Zeit orientiert. Phasenweise ist er zur Situation nicht vollständig orientiert.

Der Pflegebedürftige kann Wünsche und Bedürfnisse äußern und die Klingel erreichen und bedienen.

Vorlieben und Abneigungen im Bereich der Aktivitäten und der sozialen Kontakte sind beschrieben. Sie wurden durch Aussagen des Pflegebedürftigen und aus Beobachtungen der aktuellen Lebenssituation ergänzt.

Der Pflegebedürftige erhält regelmäßig Besuch von Angehörigen und Bekannten.

Der Pflegebedürftige ist gesellig. Er hält sich zudem gerne alleine in seinem Zimmer auf und beschäftigt sich selbst. Der Pflegebedürftige nimmt gerne an den Betreuungsangeboten teil.

Die begleitende Pflegefachkraft kennt die Vorlieben und Abneigungen im Bereich der Aktivitäten und sozialen Kontakte. Diese Angaben sind in der Dokumentation beschrieben.

	ja	nein
11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Die Ursachen der Bewegungseinschränkung sind bekannt und dokumentiert.

Die Bewegungseinschränkungen sind bedingt durch fehlende Muskelkraft und Schmerzen bei der Mobilisation. Der Pflegebedürftige erhält regelmäßig eine Schmerzmittelgabe vor der Mobilisation. Der Pflegebedürftige erhält 2x wöchentlich Physiotherapie.

Der Pflegebedürftige hat Bewegungseinschränkungen in der rechten und linken Schulter, im rechten und linken Ellenbogen, im rechten und linken Handgelenk und in den Fingergelenken beider Hände. Der Pflegebedürftige hat Bewegungseinschränkungen im rechten und linken Hüftgelenk, im rechten und linken Kniegelenk und im rechten und linken Sprunggelenk.

Der Pflegebedürftige kann mit beiden Händen zielgerichtet greifen und beide Hände mindestens auf Mundhöhe anheben. Der Pflegebedürftige kann frei sitzen. Er kann nicht allein aufstehen, nicht frei stehen und nicht frei gehen. Die Transfers finden mit einer Aufstehhilfe statt.

Der Pflegebedürftige sitzt am Tag im Rollstuhl. Er fährt seinen Rollstuhl selbstständig mit Trippelschritten.

Der Pflegebedürftige kann nicht selbstständig seine Lage im Bett umfänglich verändern. Er führt im Bett kleine Positionswechsel selbstständig durch.

Der Pflegebedürftige führt im Rollstuhl selbstständig regelmäßige Mikrobewegungen aus.

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

	ja	nein
11.4 (T18) Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
11.5 (T19) Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?	<input checked="" type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	von: <input type="checkbox"/> Gutachter erhoben <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen	

	ja	nein
11.7 (T1) Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
11.8 (T2) Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
a. Gewicht	Datum			
	kg	63,10		
b. Aktuelle Größe	165 cm			

c. BMI	23,18 kg/m ²
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input checked="" type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input type="radio"/> 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

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

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

	ja	nein
12.5 (T7) Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
12.6 (T10) Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
12.7 (T8) Werden bei Einschränkungen der selbständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
12.8 (T11) Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
12.9 (T9) Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
12.10 (T12) Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 13 Harninkontinenz

13.1 Der Bewohner ist versorgt mit:	<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung
c. <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenz-	<input checked="" type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen

produkten	
-----------	--

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

	ja	nein	tnz
13.3 Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit (T16) Blasenkatheter die individuellen Risiken und Ressourcen erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
13.4 Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die (T17) erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 14 Umgang mit Demenz

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

	ja	nein	tnz
14.2 Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biografie des Bewohners (T33) beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
14.3 Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und (T34) Bezugspersonen in die Planung der Pflege und Betreuung einbezogen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
14.4 Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der (T35) Pflege und Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
14.5 Werden Bewohnern mit Demenz geeignete (T40) Freizeit-/Beschäftigungsangebote gemacht?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
14.6 Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag (T36) beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 15 Körperpflege

15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut
Beschreibung

a. <input checked="" type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)
---	-----------------------------------

	ja	nein	tnz
15.2 Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der (T29) Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15.3 Mundzustand / Zähne

	ja	nein	tnz
15.4 Wird die erforderliche Mund- und Zahnpflege den Bedürfnissen und (T30) Gewohnheiten des Bewohners entsprechend durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

	ja	nein
16.1 Wird beim Pflegeprozess die individuelle Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
16.4 Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften (T31) durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
16.5 Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 17 Sonstiges

Bewohner 8

	ja	nein
17.1 Besteht ein kritisches Ereignis?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

P9

Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner

9.1 Auftragsnummer:		180503VS18102100-000168285			
Datum	03.05.2018	Uhrzeit	09:31	Nummer Erhebungsbogen	P9

9.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P9
b. Pflegekasse	AOK
c. Pflege- / Wohnbereich	.

d. Geburtsdatum	1929
e. Einzugsdatum	13.08.2012
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Restless legs Syndrom, chronische Schmerzen, Diabetes mellitus Typ 2, Hypertonie
g. Pflegegrad <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 4	
h. Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
j. Vorhandene Unterlagen	Pflegedokumentation

9.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	Daniela Steckbauer
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	Pflegefachkraft/ Altenpfleger, verantwortliche Pflegefachkraft/ Altenpflegerin
c. Name des Mitarbeiters	M3 M5
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	keine

Kapitel 10 Behandlungspflege

	ja	nein	tnz
10.1 Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt (T22) nachvollziehbar?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
10.2 Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen (T23) Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
10.3 Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen (T24) Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
10.4 Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung? (T25)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
10.5 (T26) Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
10.6 Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

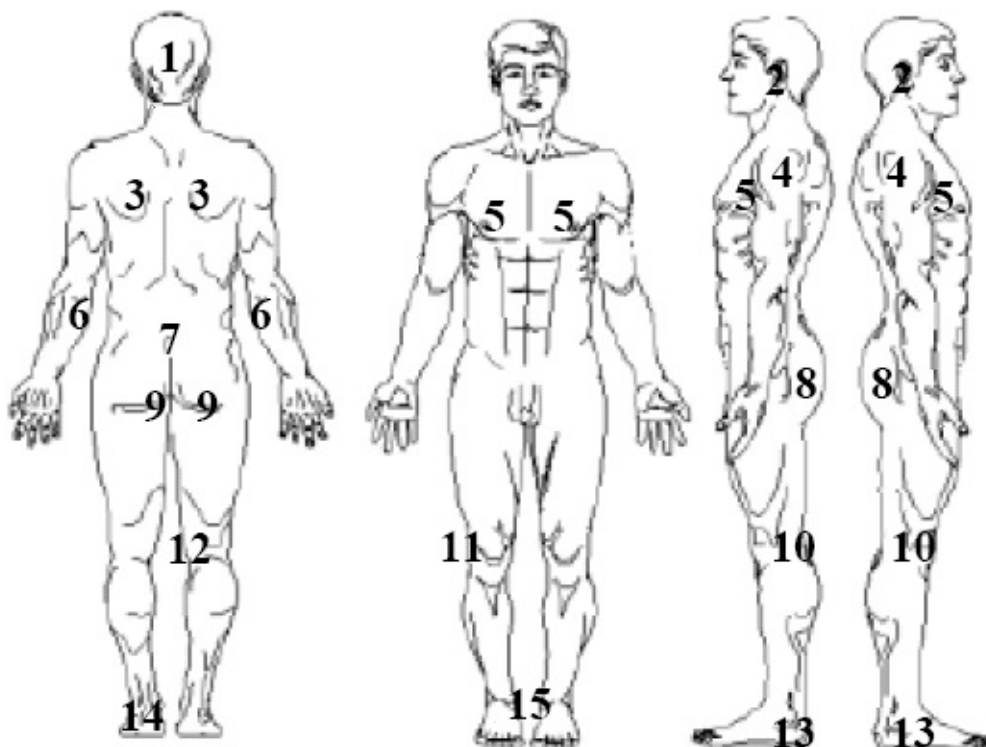
Ja: <input type="checkbox"/> akute Schmerzen <input checked="" type="checkbox"/> chronische Schmerzen	
Von: <input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen	

	ja	nein	tnz
10.7 (T13) Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
10.8 (T14) Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
10.9 (T15) Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10.12 Beschreibung vorliegender Wunden



Legende:

- | | | |
|-----------------|--------------------|------------------|
| 1 Hinterhaupt | 6 Ellenbogen | 11 Knie Scheibe |
| 2 Ohrmuschel | 7 Sacralbereich | 12 Knie innen |
| 3 Schulterblatt | 8 großer Rollhügel | 13 Knöchel außen |
| 4 Schulter | 9 Gesäß | 14 Ferse |
| 5 Brustbein | 10 Knie außen | 15 Knöchel innen |

WUNDE 1

Art	<input type="radio"/> Dekubitus <input type="radio"/> Ulcus Cruris <input type="radio"/> Diabetisches Fußsyndrom		<input type="radio"/> sonstige chronische Wunde <input checked="" type="radio"/> sonstige nicht chronische Wunde	
a. Größe/Tiefe	3,0 cm H x 0,0 cm B x 0,0 cm T			
b. Ort der Entstehung	<input checked="" type="radio"/> stat. Pflegeeinrichtung		<input type="radio"/> extern <input type="radio"/> nicht nachvollziehbar	
c. Lokalisation	Nummer aus Legende oder Text: 7		<input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> links	
e. Umgebung	rosig			
f. Rand	rosig			
g. Exsudat	wenig			
h. Zustand	fest			
i. Nekrose	keine			
j. Geruch	<input checked="" type="radio"/> kein		<input type="radio"/> übel riechend	

10.13 Verwendete Materialien zur Behandlung (Verbandmaterial, Medikamente)

Varihesive Platte

tnz

Der Pflegebedürftige hat seit dem 02.05.2018 einen Riss in der Analfalte. Der behandelnde Arzt wurde nachweislich über die Wunde informiert. Bei Bedarf ist ein Wundverband mit Varihesive

ärztlich verordnet worden.

Kapitel 11 Mobilität

11.1 Bewohner angetroffen
a. <input checked="" type="radio"/> liegend <input type="radio"/> sitzend <input type="radio"/> stehend
b. <input checked="" type="radio"/> Tageskleidung <input type="radio"/> Nachtwäsche

Der Pflegebedürftige wird mit Tageskleidung bekleidet in seinem Zimmer, auf dem Bett liegend, angetroffen. Die Beine liegen auf dem Rollstuhl der direkt vor dem Bett steht.
 Die begleitende Pflegefachkraft informiert den Pflegebedürftigen über den Besuch. Der Pflegebedürftige bittet den Gutachter ins Zimmer. Der Gutachter stellt sich vor und erklärt die Situation. Der Pflegebedürftige reicht dem Gutachter zur Begrüßung die Hand und ist mit der Visitation einverstanden.
 Ein Gespräch ist ohne Einschränkungen möglich.
 Der Pflegebedürftige ist zur Person, zum Ort, zur Zeit und zur Situation vollständig orientiert. Der Pflegebedürftige kann Wünsche und Bedürfnisse äußern und die Klingel erreichen und bedienen. Vorlieben und Abneigungen im Bereich der Aktivitäten und der sozialen Kontakte sind beschrieben. Sie wurden durch Aussagen des Pflegebedürftigen und aus Beobachtungen der aktuellen Lebenssituation ergänzt.
 Der Pflegebedürftige erhält regelmäßig Besuch von Angehörigen und Bekannten. Der Pflegebedürftige hält sich sehr gerne alleine in seinem Zimmer auf und beschäftigt sich selbst. Er kennt die Betreuungsangebote, möchte aber an diesen nicht teilnehmen. Er bekommt regelmäßig Einzelbetreuungen. An diesen nimmt der Pflegebedürftige gerne teil.
 Diese Angaben sind in der Dokumentation beschrieben.

	ja	nein
11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Der Pflegebedürftige kann mit beiden Händen zielgerichtet greifen und in den Nacken fassen. Der Pflegebedürftige kann frei sitzen und kurze Zeit frei stehen. Er kann sich selbstständig von der Liegeposition aufsetzen.
 Der Pflegebedürftige kann nicht gehen. Der Pflegebedürftige kann Transfers ohne personelle Hilfe durchführen. Der Pflegebedürftige bewegt den Rollstuhl selbstständig mit den Laufrädern und Trippelschritten.
 Der Pflegebedürftige kann Lageveränderungen umfänglich selbstständig durchführen.

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

	ja	nein
11.4 (T18) Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
11.5 Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(T19) Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt? ja nein

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?		<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
		von: <input type="checkbox"/> Gutachter erhoben <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

		ja nein
11.7 (T1) Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?		<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
a. Gewicht	Datum	28.04.2018		
	kg	77,60		
b. Aktuelle Größe	160 cm			
c. BMI	30,31 kg/m ²			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input checked="" type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input type="radio"/> 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			

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

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

		ja nein
12.5 (T7) Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?		<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

		ja nein
12.6 (T10) Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?		<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

	ja nein
12.9 Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der (T9) Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein
12.10 Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der (T12) Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

Kapitel 13 Harninkontinenz

13.1 Der Bewohner ist versorgt mit:	<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung
c. <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten	<input checked="" type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen
13.2 Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

Kapitel 14 Umgang mit Demenz

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

Kapitel 15 Körperpflege

15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut	
	Beschreibung
a. <input checked="" type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)
	ja nein tnz
15.2 Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der (T29) Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
15.3 Mundzustand / Zähne	
	ja nein tnz
15.4 Wird die erforderliche Mund- und Zahnpflege den Bedürfnissen und (T30) Gewohnheiten des Bewohners entsprechend durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

	ja nein
16.1 Wird beim Pflegeprozess die individuelle Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein
16.4 Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften (T31) durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein
16.5 Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein tnz
16.6 Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

Kapitel 17 Sonstiges

Bewohner 9

	ja nein
17.1 Besteht ein kritisches Ereignis?	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>

Kapitel 18 Befragung der Bewohner als zusammenfassende Darstellung aller befragten Personen

18.3 (T67) Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?

Die Frage trifft für 8 von 8 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer 8 Bewohner

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

Die Frage trifft für 8 von 8 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer 7 Bewohner

keine Angaben 1 Bewohner

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

Die Frage trifft für 8 von 8 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer 8 Bewohner

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

Die Frage trifft für 8 von 8 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer 7 Bewohner

keine Angaben 1 Bewohner

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

Die Frage trifft für 8 von 8 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer 7 Bewohner

keine Angaben 1 Bewohner

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

Die Frage trifft für 8 von 8 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer 7 Bewohner

keine Angaben 1 Bewohner

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

Die Frage trifft für 8 von 8 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer 8 Bewohner

18.10 (T70) Schmeckt Ihnen das Essen?

Die Frage trifft für 8 von 8 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer 8 Bewohner

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

Die Frage trifft für 8 von 8 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer 5 Bewohner
keine Angaben 3 Bewohner

18.12 (T71) Sind Sie mit den Essenszeiten zufrieden?

Die Frage trifft für 8 von 8 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer 7 Bewohner
keine Angaben 1 Bewohner

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

Die Frage trifft für 8 von 8 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer 8 Bewohner

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

Die Frage trifft für 8 von 8 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer 8 Bewohner

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

Die Frage trifft für 8 von 8 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer 8 Bewohner

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

Die Frage trifft für 8 von 8 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer 7 Bewohner
keine Angaben 1 Bewohner

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

Die Frage trifft für 8 von 8 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer 8 Bewohner

18.18 (T65) Entspricht die Hausreinigung Ihren Erwartungen?

Die Frage trifft für 8 von 8 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer 8 Bewohner

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

Die Frage trifft für 7 von 8 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer 6 Bewohner
keine Angaben 1 Bewohner

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

Die Frage trifft für 6 von 8 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

keine Angaben 6 Bewohner

Zusatzinfos