

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

AOK/BKK/IKK/LKK/vdek/Bukna

-

99999 -



Medizinischer Dienst der
Krankenversicherung
Baden-Württemberg

Medizinischer Dienst
der Krankenversicherung
Baden-Württemberg -
Hauptverwaltung
Ahornweg 2
77933 Lahr/Schw.

Tel: 07821 938-0

Fax: 07821 938-1200

Prüfbericht nach §§ 114 ff SGB XI

Auftragsnummer 200304VS18102100-000194979

Haus Catharina

Eglofser Str. 7

88260 Argenbühl

Datum der Prüfung: 04.03.2020

Prüfer: Thomas Kaleja
Pflegefachkraft

Thorsten Hochholzer
Pflegefachkraft

Prüfmaßstab

- Vorschriften über die Qualitätssicherung nach dem Elften Kapitel des Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) mit Stand nach dem zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II),
- die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI für die vollstationäre Pflege vom 17. Dezember 2018, in Kraft seit 01.11.2019,
- Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a SGB XI über die Darstellung und Bewertung der Qualitätsindikatoren gemäß § 113 Absatz 1a SGB XI und der Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen nach §§ 114 f. SGB XI - Qualitätsdarstellungsvereinbarung für die stationäre Pflege (QDVS) – in der jeweils aktuellen Fassung,
- die Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) in der vollstationären Pflege in der jeweils aktuellen Fassung,
- der aktuelle Stand des Wissens,
- die Expertenstandards nach § 113a des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI),
- die qualitätsrelevanten Inhalte der Verträge der Pflege- und der Krankenkassen mit der jeweiligen Pflegeeinrichtung,
- die Rahmenverträge nach § 75 SGB XI
- die Richtlinien zur Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 und Absatz 7 Nr. 1 SGB V sowie die relevanten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nach § 23 Absatz 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG).

1. Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

| | |
|--|---|
| D. Angaben zur Einrichtung | |
| 1. Auftragsnummer: | 200304VS18102100-000194979 |
| 1.a DAS-Kennzeichen | 106512 |
| 2. Name | Haus Catharina |
| 3. Straße | Eglofser Str. 7 |
| 4. PLZ / Ort | 88260 Argenbühl |
| 5. Institutskennzeichen (IK) | 1. 510846080 2. 3. 4. |
| 6. Telefon | 07566 9411 545 |
| 7. Fax | 07566 9411 548 |
| 8. E-Mail | info@haus-catharina.de |
| 9. Internetadresse | www.vinzenz-von-paul.de |
| 10. Träger / Inhaber | Vinzenz Pflege gGmbH Bocksgasse 20-22 73525 Schwäbisch Gmünd |
| 11. Trägerart | <input type="radio"/> privat <input checked="" type="radio"/> freigemeinnützig <input type="radio"/> öffentlich <input type="radio"/> nicht zu ermitteln |
| 12. ggf. Verband | Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart e.V. |
| 13. Einrichtungsart | <input checked="" type="radio"/> Stationär <input type="radio"/> solitäre Kurzzeitpflege |
| 14. Datum Abschluss Versorgungsvertrag | 18.07.2013 |
| 15. Datum Inbetriebnahme der stationären Pflegeeinrichtung | 27.06.2007 |
| 16. Name der Einrichtungsleitung | Karin Schmidt (pflegerische Leitung), Thea Wagner (hauswirtschaftliche Leitung) |
| 17. Name der verantw. PFK | Karin Schmidt |
| 18. Name der stellv. verantw. PFK | Simon Sabellano |
| 19. | |

| | |
|--|----------------------------|
| ggf. vorhandene Zweigstellen | |
| 20. Name des Ansprechpartners für die DCS | Carolin Hotz |
| 21. E-Mailadresse des Ansprechpartners für die DCS | carolin.hotz@vinzenz-sd.de |

Nach Angabe der Einrichtung teilt sich die Einrichtungsleitung auf den pflegerischen und den hauswirtschaftlichen Bereich auf.

| E Angaben zur Prüfung | |
|--|--|
| 1. Auftraggeber/Zuständiger Landesverband der Pflegekassen | <input type="radio"/> AOK <input checked="" type="radio"/> IKK <input type="radio"/> LKK (SVLFG) <input type="radio"/> BKK <input type="radio"/> KBS <input type="radio"/> vdek |
| 2. Prüfung durch | <input checked="" type="radio"/> MDK <input type="radio"/> PKV-Prüfdienst |
| 3. Datum | 04.03.2020 05.03.2020 |
| | von TT.MM.JJJJ bis TT.MM.JJJJ |
| 4. Uhrzeit 1. Tag 2. Tag 3. Tag | von bis |
| | 08:30 15:00 |
| | 08:20 12:05 |
| | |
| 5. Gesprächspartner der stationären Pflegeeinrichtung | Carolin Hotz Simone Breuling Karin Schmidt Simon Sabellano Claudia Mendrzyk |
| 6. Prüferin oder Prüfer | Thomas Kaleja Thorsten Hochholzer |
| 7. An der Prüfung Beteiligte <input 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 checked="" type="checkbox"/> Sonstige: welche? | Namen: Hospitantin des MDK Baden-Württemberg |

| | | |
|--|--|--------------------------|
| F Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI | | |
| 1. | <input checked="" type="radio"/> Regelprüfung | |
| 2. | <input type="radio"/> Anlassprüfung (Beschwerde durch versorgte Person, Angehörige o.ä.) <input type="radio"/> Anlassprüfung (Hinweise von anderen Institutionen) <input type="radio"/> Anlassprüfung (sonstige Hinweise) <input type="radio"/> Wiederholungsprüfung | |
| 3. | <input type="radio"/> nach Regelprüfung <input type="radio"/> nach Anlassprüfung | |
| 4. | <input type="checkbox"/> nächtliche Prüfung | |
| 5. | Datum der letzten Prüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI | 20.05.2019 TT.MM.JJJJ |
| 6. | Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen <input checked="" type="checkbox"/> Nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde <input checked="" type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> keine Angaben | TT.MM.JJJJ |
| | | 03.12.2019 |
| | | 17.01.2019 |
| | | |
| | | |

| | | | |
|---|---|-----------------------------------|----------------|
| G Art der Einrichtung und Versorgungssituation | | | |
| | Vollstationäre Pflege | | Kurzzeitpflege |
| vorgehaltene Plätze | 30 | | 0 |
| Davon | Vollstationäre Pflege (Langzeit): 28 | Eingestrente Kurzzeitpflege: 2 | |
| belegte Plätze | 26 | 2 | 0 |

| H Nach Angabe der Pflegeeinrichtung: 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 |
| 1 | <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | 28 | 0 | 0 | 2 | 8 | 11 | 7 |
| | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Gesamt: | | 28 | 0 | 0 | 2 | 8 | 11 | 7 |

| |
|--|
| |
|--|

| I Nach Angabe der stationären Pflegeeinrichtung Anzahl Bewohner mit: | |
|---|---|
| a. Wachkoma | 0 |
| b. Beatmungspflicht | 0 |
| c. Dekubitus | 1 |
| d. Blasenkatheter | 1 |
| e. PEG-Sonde | 0 |
| f. Fixierung | 0 |
| g. Kontraktur | 9 |
| h. vollständiger Immobilität | 3 |
| i. Tracheostoma | 0 |
| j. Multiresistenten Erregern | 1 |

| J Nach Angaben der Pflegeeinrichtung: Zusammensetzung Personal (Direkt in der Einrichtung Beschäftigte; ohne Mitarbeitende externer Leistungserbringer) | | | | | | | |
|---|---------------------------------|--------------------|----------|--------------------|-----------------------------|--------------------|------------------------|
| Funktion / Qualifikation | Vollzeit (39,00Std. / Woche) | | Teilzeit | | geringfügig Beschäftigte | | Personal gesamt |
| | Anz. MA | Stellen- umfang | Anz. MA | Stellen- umfang | Anz. MA | Stellen- umfang | Stellen in Vollzeit |
| Pflege | | | | | | | |
| Verantwortliche Pflegefachkraft | | | 1 | 31,20 | | | 0,80 |
| Stellv. verantwortliche Pflegefachkraft | 1 | 39,00 | | | | | 1,00 |
| Altenpfleger/in | | | 4 | 31,20 | | | 6,70 |
| | | | 1 | 27,30 | | | |
| | | | 1 | 23,40 | | | |
| | | | 4 | 19,50 | | | |
| | | | 1 | 7,80 | | | |
| (Gesundheits- und) Krankenpfleger/in | | | | | 1 | 5,00 | 0,13 |
| (Gesundheits- und) Kinderkrankenpfleger/in | | | | | | | 0,00 |
| Heilerziehungspfleger/in | | | | | | | 0,00 |
| Krankenpflegehelfer/in | | | | | | | 0,00 |
| Altenpflegehelfer/in | | | | | | | 0,00 |
| angelernte Kräfte | | | 1 | 31,20 | 2 | 7,00 | 4,86 |
| | | | 5 | 19,50 | | | |
| | | | 3 | 15,60 | | | |
| Auszubildende | 2 | 39,00 | 1 | 31,20 | | | 2,80 |
| Bundesfreiwilligendienst- leistende | | | | | | | 0,00 |
| Freiwilliges soz. Jahr | | | | | | | 0,00 |
| Sonstige | | | | | | | 0,00 |
| Zusätzliches Personal nach PpSG (§8 Abs. 6 SGB XI) | | | | | | | 0,00 |
| Betreuung | | | | | | | |
| Sozialpädagogin/Sozialpädagoge | | | | | | | 0,00 |
| Sozialarbeiter/in | | | | | | | 0,00 |
| Ergotherapeuten / Beschäftigungs- | | | | | | | 0,00 |

Haus Catharina

| | | | | | | | |
|--|---|-------|---|----|---|---|------|
| therapeuten | | | | | | | |
| Sonstige | | | | | | | 0,00 |
| Zusätzliche Betreuungskräfte nach § 43b SGB XI | | | 1 | 18 | | | 2,35 |
| | | | 2 | 31 | | | |
| | | | 1 | 12 | | | |
| hauswirtschaftliche Versorgung | | | | | | | |
| hauswirtschaftliche Fachkräfte (2-3 jährige Ausbildung) | | | | | | | 0,00 |
| Hilfskräfte und angelernte Kräfte | 2 | 39,00 | 1 | 32 | 2 | 5 | 6,51 |
| | | | 1 | 27 | | | |
| | | | 3 | 16 | | | |
| | | | 1 | 14 | | | |
| | | | 4 | 12 | | | |
| Sonstige | | | | | | | 0,00 |

2. Allgemeine Informationen zur Prüfung

Die Qualitätsprüfung in der vollstationären Pflegeeinrichtung fand in einer kooperativen und konstruktiven Atmosphäre statt.

Der Qualitätsprüfung durch den MDK Baden-Württemberg liegt ein beratungsorientierter Prüfansatz zu Grunde. Zu Beginn wurden die Gesprächspartner über den Prüfauftrag und den Ablauf der Qualitätsprüfung informiert. Auch die Interessenvertretung der versorgten Personen wurde über die Durchführung der Qualitätsprüfung informiert.

Im Verlauf der Qualitätsprüfung wurden die von der Pflegeeinrichtung für das Fachgespräch zur Verfügung gestellten Ansprechpartner beraten. Zudem wurden die Gesprächspartner informiert, dass nur die Unterlagen berücksichtigt werden können, die im Rahmen der Qualitätsprüfung vorgelegt wurden. Die Pflegeeinrichtung erhielt während der Qualitätsprüfung Gelegenheit, alle vorhandenen prüfrelevanten Unterlagen vorzulegen und bewertungsrelevante Informationen zu geben.

Im Abschlussgespräch wurden die Vertreter der Pflegeeinrichtung über zentrale vorläufige Ergebnisse der Qualitätsprüfung informiert. Ein im Rahmen der Qualitätsprüfung festgestellter Qualitätsmangel wird im Prüfbericht unabhängig davon, wann dieser Mangel abgestellt wird, als solcher dokumentiert.

Die Gutachterinnen und Gutachter haben die Einwilligungen der versorgten Personen bzw. ihrer gesetzlichen Vertreter zur Einbeziehung in die Qualitätsprüfung eingeholt. Die Betroffenen wurden ausführlich über Anlass und Zweck sowie Inhalt, Umfang, Durchführung und Dauer der Maßnahme, den vorgesehenen Zweck der Verarbeitung und die Nutzung der dabei erhobenen personenbezogenen Daten, die Freiwilligkeit der Teilnahme und die jederzeitige Widerrufbarkeit der Einwilligung informiert. Es wurde darauf hingewiesen, dass im Falle der Ablehnung keine Nachteile für die versorgten Personen entstehen.

Es wurden neun versorgte Personen in die Stichprobe einbezogen.

Nachfolgend sind die wichtigsten Feststellungen in übersichtlicher tabellarischer Form dargestellt. Die detaillierten Ergebnisse und Feststellungen sind in der Anlage zum Prüfbericht nach § 114 SGB XI unter dem jeweiligen Qualitätsaspekt beschrieben.

In die Stichprobe zur Qualitätsprüfung wurden insgesamt 9 versorgte Personen einbezogen.

Subgruppe A: Fortbewegung = beeinträchtigt & Kognitive Fähigkeiten = beeinträchtigt
Anzahl der Bewohner: 2

Subgruppe B: Fortbewegung = beeinträchtigt & Kognitive Fähigkeiten = unbeeinträchtigt
Anzahl der Bewohner: 2

Subgruppe C: Fortbewegung = unbeeinträchtigt & Kognitive Fähigkeiten = beeinträchtigt
Anzahl der Bewohner: 1

4 in die Stichprobe einbezogene versorgte Personen wurden keiner Subgruppe zugeordnet. Sie wurden über eine Zufallsauswahl an Hand von Zufallszahlen während des Besuchs des Prüfteams in der Einrichtung durch das Prüfteam bestimmt.

Die Plausibilität des Erhebungsreports konnte nicht geprüft werden. Im Rahmen der Stichprobe zur Qualitätsprüfung hat bei 0 versorgten Personen eine Plausibilitätskontrolle der Ergebnisindikatoren stattgefunden.

3. Gesamtbeurteilung der personenbezogenen Versorgung

| Gesamtübersicht der Stichprobe zur Qualitätsprüfung und Bewertung der Qualitätsaspekte Hinweis: Mehrfachnennungen der Bewertungen sind möglich | | | | | |
|---|--|---|----|---|----|
| Qualitätsbereiche und -aspekte | Anzahl der Personen insgesamt, bei denen der Qualitätsaspekt geprüft wurde | A) Keine Auffälligkeiten B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Bewohner | | | |
| Qualitätsbereich 1 Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung | | | | | |
| | | A) | B) | C) | D) |
| Qualitätsaspekt 1.1 | 9 | 9 | 0 | 0 | 0 |
| | | P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9 | | | |
| Qualitätsaspekt 1.2 | 7 | 7 | 0 | 0 | 0 |
| | | P1, P2, P3, P4, P5, P7, P8 | | | |
| Qualitätsaspekt 1.3 | 8 | 8 | 0 | 0 | 0 |
| | | P1, P2, P3, P4, P5, P7, P8, P9 | | | |
| Qualitätsaspekt 1.4 | 9 | 9 | 0 | 0 | 0 |
| | | P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9 | | | |
| Qualitätsbereich 2 Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen | | | | | |
| | | A) | B) | C) | D) |
| Qualitätsaspekt 2.1 | 9 | 9 | 0 | 0 | 0 |
| | | P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9 | | | |
| Qualitätsaspekt 2.2 | 4 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| | | P1, P7, P8, P9 | | | |
| Qualitätsaspekt 2.3 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| | | P7 | | | |
| Qualitätsaspekt 2.4 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| | | P9 | | P3 | |
| Qualitätsaspekt 2.5 | Anzahl der Personen insgesamt, bei denen der Qualitätsaspekt geprüft wurde | Auffälligkeiten und Defizite, die für die Beratung der Pflegeeinrichtung relevant sind | | Defizite, die für den Maßnahmenbescheid der Pflegekasse | |

| | | | | |
|--|---|--------------------------------|-----------|-----------------------|
| | | | | relevant sein könnten |
| | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Qualitätsbereich 3 Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte | | | | |
| | | A) | B) | C) |
| | | D) | | |
| Qualitätsaspekt 3.1 | 4 | 4 | 0 | 0 |
| | | P2, P3, P4, P7 | | |
| Qualitätsaspekt 3.2 | 7 | 7 | 0 | 0 |
| | | P1, P2, P3, P5, P6, P7, P9 | | |
| Qualitätsaspekt 3.3 | 8 | 8 | 0 | 0 |
| | | P1, P2, P3, P4, P5, P7, P8, P9 | | |
| Qualitätsbereich 4 Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen | | | | |
| | | A) | B) | C) |
| | | D) | | |
| Qualitätsaspekt 4.1 | 4 | 4 | 0 | 0 |
| | | P3, P4, P8, P9 | | |
| Qualitätsaspekt 4.2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | | | |
| Qualitätsaspekt 4.3 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| | | P2 | | |
| Qualitätsaspekt 4.4 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | | | |

Bereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

1.1 Unterstützung im Bereich Mobilität

Qualitätsaussage

Die versorgte Person erhält bedarfsgerechte Unterstützung im Bereich der Mobilität und – sofern noch individuelle Ressourcen vorhanden sind und es ihren Bedürfnissen entspricht – zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität.

Gesamtbeurteilung (GB)

entfällt

| |
|--|
| Der Qualitätsaspekt wurde bei insgesamt 9 in die Stichprobe einbezogenen versorgten Personen geprüft. |
| Keine Auffälligkeiten |
| P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9 |

| | |
|--|----------------------------------|
| Auffälligkeiten (bitte erläutern) | |
| | |
| Defizite mit Risiko negativer Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| | |
| Summe Anzahl versorgte Personen mit mindestens einer C-Bewertung 0 | |
| Defizite mit negativen Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| | |
| Summe Anzahl versorgte Personen mit mindestens einer D-Bewertung 0 | |
| Anmerkungen: | |
| | |

1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird bedarfs- und bedürfnisgerecht ernährt. Eine ausreichende Flüssigkeitsaufnahme ist sichergestellt.

Gesamtbeurteilung (GB)

entfällt

| | |
|--|----------------------------------|
| Der Qualitätsaspekt wurde bei insgesamt 7 in die Stichprobe einbezogenen versorgten Personen geprüft. | |
| Keine Auffälligkeiten | |
| P1, P2, P3, P4, P5, P7, P8 | |
| Auffälligkeiten (bitte erläutern) | |
| | |
| Defizite mit Risiko negativer Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| | |
| Summe Anzahl versorgte Personen mit mindestens einer C-Bewertung 0 | |
| Defizite mit negativen Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| | |
| Summe Anzahl versorgte Personen mit mindestens einer D-Bewertung 0 | |
| Anmerkungen: | |
| | |

1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird bedarfs- und bedürfnisgerecht bei Kontinenzverlust unterstützt. Ggf. vorhandene künstliche Ausgänge werden fachgerecht versorgt.

Gesamtbeurteilung (GB)

entfällt

| | |
|--|--|
| Der Qualitätsaspekt wurde bei insgesamt 8 in die Stichprobe einbezogenen versorgten Personen geprüft. | |
| Keine Auffälligkeiten | |
| P1, P2, P3, P4, P5, P7, P8, P9 | |
| Auffälligkeiten (bitte erläutern) | |
| | |

| | |
|--|----------------------------------|
| Defizite mit Risiko negativer Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| | |
| Summe Anzahl versorgte Personen mit mindestens einer C-Bewertung | 0 |
| Defizite mit negativen Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| | |
| Summe Anzahl versorgte Personen mit mindestens einer D-Bewertung | 0 |
| Anmerkungen: | |
| | |

1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird bedarfs- und bedürfnisgerecht bei ihrer Körperpflege unterstützt.

Gesamtbeurteilung (GB)

entfällt

| | |
|---|----------------------------------|
| Der Qualitätsaspekt wurde bei insgesamt 9 in die Stichprobe einbezogenen versorgten Personen geprüft. | |
| Keine Auffälligkeiten | |
| P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9 | |
| Auffälligkeiten (bitte erläutern) | |
| | |
| Defizite mit Risiko negativer Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| | |
| Summe Anzahl versorgte Personen mit mindestens einer C-Bewertung | 0 |
| Defizite mit negativen Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| | |
| Summe Anzahl versorgte Personen mit mindestens einer D-Bewertung | 0 |
| Anmerkungen: | |
| | |

Bereich 2: Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

2.1 Medikamentöse Therapie

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird im Zusammenhang mit der Medikation fachgerecht unterstützt. Die Einnahme von Medikamenten entspricht den ärztlichen An- bzw. Verordnungen, und die Weiterleitung erforderlicher Informationen an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte ist sichergestellt.

Gesamtbeurteilung (GB)

entfällt

| | |
|---|--|
| Der Qualitätsaspekt wurde bei insgesamt 9 in die Stichprobe einbezogenen versorgten Personen geprüft. | |
| Keine Auffälligkeiten | |

| | |
|--|----------------------------------|
| P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9 | |
| Auffälligkeiten (bitte erläutern) | |
| | |
| Defizite mit Risiko negativer Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| | |
| Summe Anzahl versorgte Personen mit mindestens einer C-Bewertung 0 | |
| Defizite mit negativen Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| | |
| Summe Anzahl versorgte Personen mit mindestens einer D-Bewertung 0 | |
| Anmerkungen: | |
| | |

2.2 Schmerzmanagement

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

Gesamtbeurteilung (GB)

entfällt

| | |
|---|----------------------------------|
| Der Qualitätsaspekt wurde bei insgesamt 4 in die Stichprobe einbezogenen versorgten Personen geprüft. | |
| Keine Auffälligkeiten | |
| P1, P7, P8, P9 | |
| Auffälligkeiten (bitte erläutern) | |
| | |
| Defizite mit Risiko negativer Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| | |
| Summe Anzahl versorgte Personen mit mindestens einer C-Bewertung 0 | |
| Defizite mit negativen Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| | |
| Summe Anzahl versorgte Personen mit mindestens einer D-Bewertung 0 | |
| Anmerkungen: | |
| | |

2.3 Wundversorgung

Qualitätsaussage

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

Gesamtbeurteilung (GB)

entfällt

| | |
|---|----------------------------------|
| Der Qualitätsaspekt wurde bei insgesamt 1 in die Stichprobe einbezogenen versorgten Personen geprüft. | |
| Keine Auffälligkeiten | |
| P7 | |
| Auffälligkeiten (bitte erläutern) | |
| | |
| Defizite mit Risiko negativer Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| | |

| | |
|---|----------------------------------|
| Summe Anzahl versorgte Personen mit mindestens einer C-Bewertung 0 | |
| Defizite mit negativen Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| | |
| Summe Anzahl versorgte Personen mit mindestens einer D-Bewertung 0 | |
| Anmerkungen: | |
| | |

2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen werden bedarfsgerecht und entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung versorgt.

Gesamtbeurteilung (GB)

entfällt

| | |
|---|----------------------------------|
| Der Qualitätsaspekt wurde bei insgesamt 2 in die Stichprobe einbezogenen versorgten Personen geprüft. | |
| Keine Auffälligkeiten | |
| P9 | |
| Auffälligkeiten (bitte erläutern) | |
| | |
| Defizite mit Risiko negativer Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| P3: Bei dem Verbandwechsel des suprapubischen Katheters wurde die Qualifikationsanforderung unterlaufen. | 1 |
| Summe Anzahl versorgte Personen mit mindestens einer C-Bewertung 1 | |
| Defizite mit negativen Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| | |
| Summe Anzahl versorgte Personen mit mindestens einer D-Bewertung 0 | |
| Anmerkungen: | |
| | |

2.5 Unterstützung bei Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

Gesamtbeurteilung (GB)

entfällt

| | |
|---|--|
| Auffälligkeiten und Defizite, die für die Beratung der Pflegeeinrichtung relevant sind: | |
| | |
| Defizite, die für den Maßnahmenbescheid der Pflegekasse relevant sein könnten: | |
| | |
| Anmerkungen: | |
| | |

Bereich 3: Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte

3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigung der Sinneswahrnehmung

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit beeinträchtigter Sinneswahrnehmung werden in ihrem Alltagsleben und bei der Nutzung von Hilfsmitteln unterstützt.

Gesamtbeurteilung (GB)

entfällt

| | |
|--|----------------------------------|
| Der Qualitätsaspekt wurde bei insgesamt 4 in die Stichprobe einbezogenen versorgten Personen geprüft. | |
| Keine Auffälligkeiten | |
| P2, P3, P4, P7 | |
| Auffälligkeiten (bitte erläutern) | |
| | |
| Defizite mit Risiko negativer Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| | |
| Summe Anzahl versorgte Personen mit mindestens einer C-Bewertung 0 | |
| Defizite mit negativen Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| | |
| Summe Anzahl versorgte Personen mit mindestens einer D-Bewertung 0 | |
| Anmerkungen: | |
| | |

3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation

Qualitätsaussage

Die versorgten Personen werden dabei unterstützt, eine ihren Bedürfnissen und Beeinträchtigungen entsprechende Tagesstruktur zu entwickeln und umzusetzen. Der versorgten Person stehen Beschäftigungsmöglichkeiten zur Verfügung, die mit ihren Bedürfnissen in Einklang stehen. Sie wird bei der Nutzung dieser Möglichkeiten unterstützt. Versorgte Personen mit beeinträchtigten kommunikativen Fähigkeiten werden in der Kommunikation, bei der Knüpfung und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte unterstützt.

Gesamtbeurteilung (GB)

entfällt

| | |
|--|----------------------------------|
| Der Qualitätsaspekt wurde bei insgesamt 7 in die Stichprobe einbezogenen versorgten Personen geprüft. | |
| Keine Auffälligkeiten | |
| P1, P2, P3, P5, P6, P7, P9 | |
| Auffälligkeiten (bitte erläutern) | |
| | |
| Defizite mit Risiko negativer Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| | |
| Summe Anzahl versorgte Personen mit mindestens einer C-Bewertung 0 | |
| Defizite mit negativen Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| | |
| Summe Anzahl versorgte Personen mit mindestens einer D-Bewertung 0 | |
| | |

| |
|--------------|
| Anmerkungen: |
| |

3.3 Nächtliche Versorgung

Qualitätsaussage

Die Einrichtung leistet auch in der Nacht eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung.

Gesamtbeurteilung (GB)

entfällt

| |
|--|
| Der Qualitätsaspekt wurde bei insgesamt 8 in die Stichprobe einbezogenen versorgten Personen geprüft. |
| Keine Auffälligkeiten |
| P1, P2, P3, P4, P5, P7, P8, P9 |
| Auffälligkeiten (bitte erläutern) |
| |
| Defizite mit Risiko negativer Folgen (bitte erläutern und bewerten) Anzahl versorgte Personen |
| |
| Summe Anzahl versorgte Personen mit mindestens einer C-Bewertung 0 |
| Defizite mit negativen Folgen (bitte erläutern und bewerten) Anzahl versorgte Personen |
| |
| Summe Anzahl versorgte Personen mit mindestens einer D-Bewertung 0 |
| Anmerkungen: |
| |

Bereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

4.1 Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug

Qualitätsaussage

entfällt

| |
|--|
| Der Qualitätsaspekt wurde bei insgesamt 4 in die Stichprobe einbezogenen versorgten Personen geprüft. |
| Keine Auffälligkeiten |
| P3, P4, P8, P9 |
| Auffälligkeiten (bitte erläutern) |
| |
| Defizite mit Risiko negativer Folgen (bitte erläutern und bewerten) Anzahl versorgte Personen |
| |
| Summe Anzahl versorgte Personen mit mindestens einer C-Bewertung 0 |
| Defizite mit negativen Folgen (bitte erläutern und bewerten) Anzahl versorgte Personen |
| |
| Summe Anzahl versorgte Personen mit mindestens einer D-Bewertung 0 |
| Anmerkungen: |
| |

4.2 Unterstützung bei Krankenhausaufenthalten

Qualitätsaussage

Die Pflegeeinrichtung leistet im Rahmen ihrer Möglichkeiten einen Beitrag, im Falle notwendiger Krankenhausaufenthalte die Versorgungskontinuität sicherzustellen und Belastungen der versorgten Person im Krankenhaus zu vermeiden.

Gesamtbeurteilung (GB)

entfällt

| | |
|--|----------------------------------|
| Der Qualitätsaspekt wurde bei insgesamt 0 in die Stichprobe einbezogenen versorgten Personen geprüft. | |
| Keine Auffälligkeiten | |
| | |
| Auffälligkeiten (bitte erläutern) | |
| | |
| Defizite mit Risiko negativer Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| | |
| Summe Anzahl versorgte Personen mit mindestens einer C-Bewertung 0 | |
| Defizite mit negativen Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| | |
| Summe Anzahl versorgte Personen mit mindestens einer D-Bewertung 0 | |
| Anmerkungen: | |
| | |

4.3 Herausforderndes Verhalten

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten erhalten eine ihren Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen entsprechende Unterstützung

Gesamtbeurteilung (GB)

entfällt

| | |
|--|----------------------------------|
| Der Qualitätsaspekt wurde bei insgesamt 1 in die Stichprobe einbezogenen versorgten Personen geprüft. | |
| Keine Auffälligkeiten | |
| P2 | |
| Auffälligkeiten (bitte erläutern) | |
| | |
| Defizite mit Risiko negativer Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| | |
| Summe Anzahl versorgte Personen mit mindestens einer C-Bewertung 0 | |
| Defizite mit negativen Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| | |
| Summe Anzahl versorgte Personen mit mindestens einer D-Bewertung 0 | |
| Anmerkungen: | |
| | |

4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Gesamtbeurteilung (GB)

entfällt

| | |
|---|---------------------------|
| Der Qualitätsaspekt wurde bei insgesamt 0 in die Stichprobe einbezogenen versorgten Personen geprüft. | |
| Keine Auffälligkeiten | |
| Auffälligkeiten (bitte erläutern) | |
| Defizite mit Risiko negativer Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| Summe Anzahl versorgte Personen mit mindestens einer C-Bewertung 0 | |
| Defizite mit negativen Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| Summe Anzahl versorgte Personen mit mindestens einer D-Bewertung 0 | |
| Anmerkungen: | |

4. Beurteilung der bedarfsübergreifenden fachlichen Anforderungen sowie der einrichtungsinternen Organisation und des Qualitätsmanagements

Bereich 5: Bedarfsübergreifende fachliche Anforderungen

| |
|--|
| 5.1 Abwehr von Risiken und Gefährdungen |
| <p>Qualitätsaussage Gesundheitliche Risiken und Gefährdungen der versorgten Person werden zuverlässig eingeschätzt. Entsprechend der individuellen Risikosituation werden Maßnahmen zur Reduzierung von Risiken und zur Vermeidung von Gefährdungen unter Beachtung der Bedürfnisse der versorgten Person geplant und umgesetzt.</p> |
| <p><input checked="" type="radio"/> keine Defizite festgestellt <input type="radio"/> Defizite festgestellt (bitte angeben):</p> |

| |
|---|
| 5.2 Biografieorientierte Unterstützung |
| <p>Qualitätsaussage Die Unterstützung der versorgten Personen orientiert sich an individuell bedeutsamen Ereignissen oder Erfahrungen im Lebensverlauf. Die persönlichen Bezüge der versorgten Person zu solchen Ereignissen und Erfahrungen werden genutzt, um den Alltag bedürfnisgerecht zu gestalten, positive Emotionen zu fördern und – insbesondere bei kognitiv beeinträchtigten Personen – die Bereitschaft zu Kommunikation und Aktivität zu fördern.</p> |
| <p><input checked="" type="radio"/> keine Defizite festgestellt <input type="radio"/> Defizite festgestellt (bitte angeben):</p> |

| |
|---|
| 5.3 Einhaltung von Hygieneanforderungen |
| Qualitätsaussage Grundlegende Hygieneanforderungen werden eingehalten und umgesetzt. |
| <input checked="" type="radio"/> keine Defizite festgestellt <input type="radio"/> Defizite festgestellt (bitte angeben): |
| |

| |
|---|
| 5.4 Hilfsmittelversorgung |
| Qualitätsaussage Die Einrichtung leistet für die versorgte Person eine fachgerechte Unterstützung bei der Nutzung von Hilfsmitteln. |
| <input checked="" type="radio"/> keine Defizite festgestellt <input type="radio"/> Defizite festgestellt (bitte angeben): |
| |

| |
|--|
| 5.5 Schutz von Persönlichkeitsrechten und Unversehrtheit |
| Qualitätsaussage Die Einrichtung gewährt den Schutz von Persönlichkeitsrechten und die Unversehrtheit der versorgten Person. |
| <input checked="" type="radio"/> keine Defizite festgestellt <input type="radio"/> Defizite festgestellt (bitte angeben): |
| |

Bereich 6: Einrichtungsinterne Organisation und Qualitätsmanagement

| | |
|--|--|
| 6.1 Qualifikation der und Aufgabenwahrnehmung durch die verantwortliche Pflegefachkraft | |
| Qualitätsaussage Die Einrichtung hält qualifizierte Führungskräfte vor. Die verantwortliche Pflegefachkraft nimmt ihre Aufgaben zur Gewährleistung von Fachlichkeit und einer angemessenen Dienstorganisation wahr. | |
| Informationserfassung Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft und ihrer Stellvertretung in dieser Pflegeeinrichtung (wöchentlicher Stundenumfang): 70,2 Stundenumfang, in dem die verantwortliche Pflegefachkraft und ihre Stellvertretung in der Pflege tätig sind: 29,3 | |
| 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 17,55 Stunden / Woche tätig. Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft ist nach Angabe der Einrichtung mit 29,25 Stunden / Woche in der direkten Pflege tätig. | |
| Informationserfassung | ja nein |
| 1. Verfügt die verantwortliche Pflegefachkraft über die notwendige Qualifikation und Erfahrung (Pflegefachkraft, ausreichende Berufserfahrung, Weiterbildung zum Erwerb einer formalen | <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> |

| | | | |
|----|--|----------------------------------|-----------------------|
| | Leitungsqualifikation)? | | |
| 2. | Ist die Stellvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft eine Pflegefachkraft? | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. | Steht die verantwortliche Pflegefachkraft in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis? | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. | Steht die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis? | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. | Verfügt die verantwortliche Pflegefachkraft über genügend Zeit für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben? | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. | Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft für eine fachgerechte Planung, Durchführung und Evaluation der Pflegeprozesse? | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. | Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft für die Ausrichtung der Dienstplanung am Pflegebedarf und den Qualifikationsanforderungen? | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | | | |
|--|---|----------------------------------|-----------------------|
| 6.2 Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen | | | |
| <p>Qualitätsaussage Die Einrichtung sorgt für geeignete Rahmenbedingungen für ein würdevolles Sterben und Abschiednehmen. Dies schließt auch den respektvollen Umgang mit der verstorbenen Person ein. Die Unterstützung berücksichtigt den individuellen biografischen, kulturellen und religiösen Hintergrund sowie die individuellen Wünsche und Vorstellungen der oder des Sterbenden und der Angehörigen. Sie orientiert sich an dem Ziel, bestmögliche Lebensqualität in der letzten Lebensphase herzustellen.</p> | | | |
| Informationserfassung | | | |
| | ja nein | | |
| 1. | Liegt ein schriftliches Konzept für die Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen vor? | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. | Gibt es Regelungen für die Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen (z. B. Palliativdienste, Hospizinitiativen) und namentlich bekannte Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für solche Einrichtungen? | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. | Ist konzeptionell geregelt, dass die Wünsche der versorgten Person und der Angehörigen für den Fall einer gesundheitlichen Krise und des Versterbens erfasst werden? | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. | Ist konzeptionell geregelt, dass Patientenverfügungen oder Vorsorgevollmachten den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt sind und jederzeit verfügbar sind? | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. | Ist konzeptionell geregelt, dass im Sterbefall eine direkte Information der Angehörigen entsprechend den von ihnen hinterlegten Wünschen erfolgt? | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | |
|--|--|
| 6.3 Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten | |
| <p>Qualitätsaussage Die Einrichtung verfügt über ein systematisches Qualitätsmanagement und reagiert zeitnah und</p> | |

| | | | |
|--|----------------------------------|-----------------------|----------------------------------|
| mit angemessenen Maßnahmen auf Qualitätsdefizite. Es gibt definierte Verfahren zur Auswertung und Nutzung von Qualitätskennzahlen. | | | |
| a. Qualitätsdefizite, die bei der letzten externen Prüfung festgestellt wurden oder danach auftraten: Es wurden bei der letzten Prüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI keine Qualitätsdefizite festgestellt. Der letzte Bericht der zuständigen Heimaufsichtsbehörde kann am Tag der Qualitätsprüfung nicht eingesehen werden. | | | |
| b. Interne Maßnahmen zur Identifizierung etwaiger Qualitätsdefizite: interne Audits, trägerübergreifende Schulungen, externe Pflegevisiten, trägerübergreifende Leitungsbesprechungen, Intranet mit FAQ's (Frequently Asked Questions) | | | |
| c. Aktuelle Maßnahmen zur Behebung von Qualitätsdefiziten: In internen Maßnahmen wurde Handlungsbedarf bei der "Erfassung von Demenz" festgestellt. Aktuell wird die Erfassung überarbeitet. Der "Unterstützungsbedarf in der Beziehungsgestaltung" wird für den betreffenden Personenkreis ermittelt. | | | |
| Bemerkung: | | | |
| Informationserfassung | | | |
| | ja | nein | t.n.z. |
| 1. Werden geeignete Maßnahmen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements durchgeführt, um Qualitätsdefizite zu identifizieren? | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| 2. Werden Qualitätsdefizite systematisch bewertet und bei Bedarf bearbeitet? | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Hat die Einrichtung geeignete Maßnahmen eingeleitet, um schlechte Versorgungsergebnisse (Qualitätsindikatoren) zu verbessern? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| 4. Werden Maßnahmen zur Qualitätssicherung evaluiert? | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Verfahren zur Identifizierung von Qualitätsproblemen einbezogen? | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

5. Gesamtergebnis der Plausibilitätskontrolle

Die nachfolgende Tabelle zeigt eine Gesamtübersicht der Stichprobe zur Plausibilitätskontrolle des Erhebungsreports, bei der Auffälligkeiten oder keine Auffälligkeiten festgestellt wurden.

| Gesamtübersicht der Stichprobe zur Plausibilitätskontrolle des Erhebungsreports | | | |
|---|-----------------------|----------------------------|---------------------------------------|
| Anzahl der Personen insgesamt, bei denen der Erhebungsreport geprüft wurde | keine Auffälligkeiten | Auffälligkeit festgestellt | kritischer Bereich (ab drei Personen) |
| 0 | | | |

Die nachfolgende Tabelle zeigt eine Gesamtübersicht der Stichprobe zur Plausibilitätskontrolle der Ergebnisindikatoren, bei der Auffälligkeiten oder keine Auffälligkeiten festgestellt wurden.

| Gesamtübersicht der Stichprobe zur Plausibilitätskontrolle der Ergebnisindikatoren | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |

| Ergebnis-indikatoren | Anzahl der Personen insgesamt, bei denen der Ergebnisindikator geprüft wurde | Anzahl der Personen insgesamt, bei denen keine Auffälligkeiten festgestellt wurden | Anzahl der Personen insgesamt, bei denen Auffälligkeiten festgestellt wurden | Kritischer Bereich (ab zwei Personen) |
|---|--|--|--|---------------------------------------|
| Qualitätsbereich 1 Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung | | | | |
| Angaben zur Mobilität (1.1) | | | | |
| Angaben zu gravierenden Sturzfolgen (1.1) | | | | |
| Angaben zu Gewichtsverlust und zu den Faktoren, die das Gewicht beeinflussen (1.2) | | | | |
| Angaben zur Selbstständigkeit bei der Selbstversorgung (1.4) | | | | |
| Qualitätsbereich 2 Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen | | | | |
| Angaben zum Thema Schmerz (2.2) | | | | |
| Angaben zur Dekubitusentstehung (2.3) | | | | |
| Qualitätsbereich 3 Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte | | | | |
| Angaben zur Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte (3.2) | | | | |
| Angaben zu den kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (3.2) | | | | |
| Qualitätsbereich 4 Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| Angaben zum Heimeinzug und zur Durchführung eines Integrations-gesprächs (4.1) | | | | |
| Angaben zu Krankenhaus-aufenthalten (4.2) | | | | |
| Angaben zur Anwendung von Gurten (4.4) | | | | |
| Angaben zur Anwendung von Bettseitenteilen (4.4) | | | | |

| |
|---|
| Sonstige Anmerkungen oder Empfehlungen |
| |

6. Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten

| | | | |
|---|--|--|--|
| Qualitätsbereich 2 Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen | | | |
|---|--|--|--|

| QA | P | B | | Frist |
|-----|----|---|---|----------------------------|
| 2.4 | P3 | C | <p>Defizit: Bei dem Verbandwechsel des suprapubischen Katheters wurde die Qualifikationsanforderung unterlaufen.</p> <hr/> <p>Maßnahme: Die Mitarbeiter, welche den Verbandwechsel an dem suprapubischen Katheter durchführen, müssen die notwendige Qualifikation hierzu erhalten haben.</p> | dringender Handlungsbedarf |

Anlagen zum Prüfbericht

Anlage 1

Prüfbogen A zur Beurteilung der personenbezogenen Versorgung zur Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI

Prüfung bei der versorgten Person– Allgemeine Angaben

P1

| | | | | | |
|--------------------------|------------|---------------|-------|------------------|---|
| A Auftragsnummer: | | 102100-194979 | | | |
| Datum | 04.03.2020 | Uhrzeit | 13:18 | Nummer Prüfbogen | A |

| | |
|--|---|
| B Angaben zur versorgten Person | |
| 1. Name | P1 |
| 2. Pflegekasse | BKV privat |
| 3. Pflege- / Wohnbereich | . |
| 4. Geburtsdatum | 1944 |
| 5. Alter in Jahren | 76 |
| 6. Einzugsdatum | 02.2012 |
| 7. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung | Zustand nach Apoplex mit Hemiparese links, Dysphagie, Epilepsie |
| 8. Personenbezogener Code (soweit vorhanden) | |
| 9. Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung | <input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein |
| 10. Pflegegrad <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 3 <input checked="" type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 4 | |
| 11. <input checked="" type="radio"/> versorgte Person aus der Subgruppe A (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) <input type="radio"/> versorgte Person aus der Subgruppe B (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) <input type="radio"/> versorgte Person aus der Subgruppe C (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) | |
| | ja nein |
| 12. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person) | <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 13. Vorhandene Unterlagen | Pflegedokumentation |
| 14. Kurzzeitpflegegast | <input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein |

| |
|-----------------------------|
| C Anwesende Personen |
|-----------------------------|

| | |
|---|---------------------|
| 1. Name der Gutachterin oder des Gutachters | Thorsten Hochholzer |
| 2. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung | M1 |
| 3. Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung | Altenpflegerin |
| 4. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer) | |

Bereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

Qualitätsaussage

Die versorgte Person erhält bedarfsgerechte Unterstützung im Bereich der Mobilität und – sofern noch individuelle Ressourcen vorhanden sind und es ihren Bedürfnissen entspricht – zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität.

Informationserfassung

| | |
|--|---|
| 1. Beeinträchtigungen (bitte ankreuzen) | |
| | Erläuterungen |
| <input checked="" type="checkbox"/> Positionswechsel im Bett | führt im Bett keine ausreichenden Positionswechsel durch, personelle Hilfestellung für Positionswechsel notwendig. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Aufstehen | nicht möglich, zu den Transfers personelle Hilfestellung notwendig |
| <input checked="" type="checkbox"/> Halten einer stabilen Sitzposition | nicht möglich. In einem Multifunktionsrollstuhl ist kurzzeitiges Sitzen möglich. Hierzu werden Rücken und Armlehnen benötigt. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Lageveränderung im Sitzen | führt im Multifunktionsrollstuhl keine ausreichenden Positionswechsel durch, personelle Hilfestellung für Positionswechsel notwendig. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance | nicht möglich |
| <input checked="" type="checkbox"/> Treppensteigen | nicht möglich |
| <input checked="" type="checkbox"/> Beweglichkeit der Extremitäten | Bewegungseinschränkungen: rechte und linke Schulter, rechter und linker Ellenbogen, rechtes und linkes Handgelenk, Fingergelenke beidseits, rechtes und linkes Hüftgelenk, rechtes und linkes Kniegelenk und rechtes und linkes Sprunggelenk. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kraft | gemindert |
| 2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung | |
| <input type="checkbox"/> druckverteilende Matratze / Kissen <input type="checkbox"/> Pflegesessel <input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Multifunktionsrollstuhl <input checked="" type="checkbox"/> Rollstuhl | |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
|--|

| |
|--|
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird bedarfs- und bedürfnisgerecht ernährt. Eine ausreichende Flüssigkeitsaufnahme ist sichergestellt.

Informationserfassung

| | | | | |
|---|--------|---------|----------------|----------------|
| Gewicht | | aktuell | vor ca. 3 Mon. | vor ca. 6 Mon. |
| | kg | 67,40 | | |
| Hinweise auf eine Gewichtsabnahme | | | | |
| Aktuelle Größe | 176 cm | | | |
| BMI (kg/m ²) | 21,76 | | | |
| Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme. | | | | |
| Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme: | | | | |
| Speisen und Getränke müssen eingegeben werden. Getränke müssen hierzu eingedickt sein. | | | | |

| | | | |
|---|---|---|----------------|
| Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme | | <input checked="" type="checkbox"/> tnz | |
| Beschreibung | | | |
| <input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde | <input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus | | |
| | Nahrung | kcal/24 h | Flussrate ml/h |
| | Flüssigkeit | ml/24 h | Flussrate ml/h |
| (Zustand Sonde, Eintrittsstelle, Verband) | | | |
| <input type="checkbox"/> Subkutaner Infusion | | | |
| <input type="checkbox"/> i.v.-Infusion | | | |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln | | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstigem | | | |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird bedarfs- und bedürfnisgerecht bei Kontinenzverlust unterstützt. Ggf. vorhandene künstliche Ausgänge werden fachgerecht versorgt.

Informationserfassung

| | |
|--|--|
| Beeinträchtigungen der Harn- und Stuhlkontinenz: | |
| Stuhlinkontinenz, abhängig kompensierte Harninkontinenz. Benötigt personelle Hilfestellung zum Toilettengang, zur Intimhygiene und zum Vorlagenwechsel. Zur Nacht personelle Hilfestellung zum Toilettengang und zum Vorlagenwechsel. | |
| Nutzung von | <input type="checkbox"/> tnz |
| <input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter | |
| <input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten | <input checked="" type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln | |
| <input type="checkbox"/> Stoma | |
| <input type="checkbox"/> Sonstigem | |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird bedarfs- und bedürfnisgerecht bei ihrer Körperpflege unterstützt.

Informationserfassung

| |
|--|
| Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit im Bereich der Körperpflege: |
| Benötigt personelle Hilfestellung zum Waschen im Bett, zur Mundpflege, zur Dusche und zur Nagelpflege. |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

| |
|--|
| Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5 |
| Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen auflisten): |

| | |
|--|---------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Medikamentengabe | 3 x tgl |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe an-/ausziehen | 2 x tgl |
| Zusammenfassende Einschätzung der Selbstständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen: | |
| Aufgrund körperlicher und kognitiver Beeinträchtigung personelle Hilfestellung notwendig. | |

2.1 Medikamentöse Therapie

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird im Zusammenhang mit der Medikation fachgerecht unterstützt. Die Einnahme von Medikamenten entspricht den ärztlichen An- bzw. Verordnungen, und die Weiterleitung erforderlicher Informationen an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte ist sichergestellt.

Informationserfassung

| |
|---|
| Informationen zur medikamentösen Therapie der versorgten Person (soweit verfügbar: Medikationsplan, Hinweise auf Neben-/Wechselwirkungen, besondere ärztliche An- bzw. Verordnungen): |
| Medikationsplan |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

2.2 Schmerzmanagement

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

Informationserfassung

| | |
|--|---|
| Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen (einschließlich chronischer Schmerz, der aufgrund der aktuellen Schmerzmedikation abgeklungen ist)? | |
| <input type="checkbox"/> ja, akute Schmerzen <input checked="" type="checkbox"/> ja, chronische Schmerzen <input type="checkbox"/> nein | |
| Lokalisation | Die versorgte Person hat chronische Schmerzen, die in den gesamten Körper ausstrahlen und sich nicht genau lokalisieren lassen. |
| Schmerzintensität | 1 |
| | |
| | |
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten | |

| |
|--|
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| |
| |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| |
| |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |
| |
| |
| |

2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen werden bedarfsgerecht und entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung versorgt.

Informationserfassung

Bei der versorgten Person bestehen keine besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen.

2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

Auffälligkeiten oder Defizite bei der Durchführung weiterer ärztlich angeordneter bzw. verordneter Maßnahmen wurden nicht festgestellt.

3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit beeinträchtigter Sinneswahrnehmung werden in ihrem Alltagsleben und bei der Nutzung Hilfsmitteln unterstützt.

Informationserfassung

| |
|---|
| Sehvermögen der versorgten Person bei ausreichender Beleuchtung (auch unter Verwendung von Sehhilfen): |
| <input type="radio"/> nicht eingeschränkt (Gegenstände im Zimmer werden erkannt) <input type="radio"/> eingeschränkt (Gegenstände im Zimmer werden nur teilweise oder nicht erkannt) <input type="radio"/> stark eingeschränkt (Person sieht nur Schatten / Konturen) <input type="radio"/> die versorgte Person ist blind <input checked="" type="radio"/> Beurteilung ist nicht möglich |
| |
| |
| Hörvermögen der versorgten Person (auch unter Verwendung eines Hörgerätes): |
| <input type="radio"/> nicht eingeschränkt (auch bei Nebengeräuschen kann die versorgte Person einzelne Personen verstehen) <input type="radio"/> eingeschränkt (die versorgte Person kann nur ohne Nebengeräusche einzelne |

| |
|---|
| Personen verstehen <input type="radio"/> stark eingeschränkt (die versorgte Person kann nur sehr laute Geräusche hören, kein Sprachverständnis) <input type="radio"/> die versorgte Person ist gehörlos <input checked="" type="radio"/> Beurteilung ist nicht möglich |
| Kein Unterstützungsbedarf bei der Nutzung von Hilfsmitteln. |
| Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel zur Unterstützung des Seh- und Hörvermögens. |

3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation

Qualitätsaussage

Die versorgten Personen werden dabei unterstützt, eine ihren Bedürfnissen und Beeinträchtigungen entsprechende Tagesstruktur zu entwickeln und umzusetzen. Der versorgten Person stehen Beschäftigungsmöglichkeiten zur Verfügung, die mit ihren Bedürfnissen in Einklang stehen. Sie wird bei der Nutzung dieser Möglichkeiten unterstützt. Versorgte Personen mit beeinträchtigten kommunikativen Fähigkeiten werden in der Kommunikation, bei der Knüpfung und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte unterstützt.

Informationserfassung

| |
|---|
| Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte: |
| <input checked="" type="checkbox"/> Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen <input type="checkbox"/> Ruhen und Schlafen <input checked="" type="checkbox"/> Sich beschäftigen <input checked="" type="checkbox"/> In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen <input checked="" type="checkbox"/> Interaktion mit Personen im direkten Kontakt <input checked="" type="checkbox"/> Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes |
| Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen: |
| Die Orientierung der versorgten Person zur Person, zum Ort, zur Zeit und zur Situation lässt sich nicht abschließend einschätzen. Ein Gespräch ist aufgrund der kognitiven Beeinträchtigung nicht möglich. Die versorgte Person spricht nicht. Sie reagiert, je nach Tagesform, auf Ansprache mit Blickkontakt. |
| Tagesablauf und Aktivitäten im Alltag der versorgten Person (nur zu erfassen bei Personen mit beeinträchtigter Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte): |
| Benötigt Hilfestellung zur individuellen Gestaltung des Tagesablaufes und zur Beschäftigung. Die versorgte Person bekommt Einzel- und Gruppenangebote zur sozialen Betreuung angeboten. Sie erhält Unterstützung zur Gestaltung des individuellen Tagesablaufes. |
| Bemerkung: |
| |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

3.3 Nächtliche Versorgung

Qualitätsaussage

Die Einrichtung leistet auch in der Nacht eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung.

Informationserfassung

| |
|---|
| Nächtlicher Unterstützungsbedarf: |
| Zur Nacht personelle Hilfestellung zum Toilettengang und zum Vorlagenwechsel. Personelle Hilfestellung zu Positionsveränderungen im Bett notwendig. |
| Bemerkung: |
| |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

4.1 Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wurde während der Eingewöhnung in die neue Lebensumgebung zielgerichtet unterstützt.

| |
|---|
| Einzugsdatum: 02.02.2012 |
| Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf): |
| Anpassung der Unterstützung während der ersten 8 Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf): |
| |

4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

Qualitätsaussage

Die Pflegeeinrichtung leistet im Rahmen ihrer Möglichkeiten einen Beitrag, im Falle notwendiger Krankenhausaufenthalte die Versorgungskontinuität sicherzustellen und Belastungen der versorgten Person im Krankenhaus zu vermeiden.

Informationserfassung

(nur auszufüllen bei versorgten Personen mit Krankenhausaufenthalt in den letzten sechs Monaten)

| |
|--|
| Die versorgte Person wurde innerhalb der letzten 6 Monate nicht in einem Krankenhaus |
|--|

behandelt.

4.3 Unterstützung von versorgten Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten und psychischen Problemlagen

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten erhalten eine ihren Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen entsprechende Unterstützung

Informationserfassung

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:

Bei der versorgten Person liegen keine psychische Problemlagen oder herausfordernd erlebtes Verhalten vor.

4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Qualitätsaussage

Der Einsatz von Gurtfixierungen, Bettseitenteilen und anderen Fixierungen wird soweit wie möglich vermieden; im Falle eines Einsatzes werden die jeweils relevanten fachlichen Anforderungen beachtet.

Informationserfassung

Bei der versorgten Person wurden aktuell oder in den letzten vier Wochen keine freiheitsentziehenden Maßnahmen eingesetzt.

Prüfung bei der versorgten Person– Allgemeine Angaben

P2

| | | | | | |
|--------------------------|------------|---------------|-------|------------------|--|
| A Auftragsnummer: | | 102100-194979 | | | |
| Datum | 04.03.2020 | Uhrzeit | 11:07 | Nummer Prüfbogen | |
| | | | | A | |

| | |
|--|-------------|
| B Angaben zur versorgten Person | |
| 1. Name | P2 |
| | TKK Dresden |

| | | |
|-----|--|--|
| 2. | Pflegekasse | |
| 3. | Pflege- / Wohnbereich | |
| 4. | Geburtsdatum | 1932 |
| 5. | Alter in Jahren | 87 |
| 6. | Einzugsdatum | 01.2017 |
| 7. | Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung | Parkinson, Prostata-Carcinom, Depression |
| 8. | Personenbezogener Code (soweit vorhanden) | |
| 9. | Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung | <input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein |
| 10. | Pflegegrad <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 3 <input checked="" type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 4 | |
| 11. | <input checked="" type="radio"/> versorgte Person aus der Subgruppe A (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) <input type="radio"/> versorgte Person aus der Subgruppe B (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) <input type="radio"/> versorgte Person aus der Subgruppe C (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) | |
| | | ja nein |
| 12. | Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person) | <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 13. | Vorhandene Unterlagen | Pflegedokumentation |
| 14. | Kurzzeitpflegegast | <input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein |

| | |
|---|--|
| C Anwesende Personen | |
| 1. Name der Gutachterin oder des Gutachters | Thomas Kaleja |
| 2. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung | M1 M2 |
| 3. Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung | Qualitätsmanagementbeauftragte/ Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin verantwortliche Pflegefachkraft und Einrichtungsleitung/ Altenpflegerin |
| 4. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer) | Hospitantin des MDK Baden-Württemberg |

Bereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

Qualitätsaussage

Die versorgte Person erhält bedarfsgerechte Unterstützung im Bereich der Mobilität und – sofern noch individuelle Ressourcen vorhanden sind und es ihren Bedürfnissen entspricht – zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität.

Informationserfassung

| 1. Beeinträchtigungen (bitte ankreuzen) | |
|--|--|
| | Erläuterungen |
| <input checked="" type="checkbox"/> Positionswechsel im Bett | Die versorgte Person kann sich eigenständig an den Bettrand setzen. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Aufstehen | Die versorgte Person kann eigenständig aufstehen. Abhängig von ihrer Tagesbefindlichkeit benötigt die versorgte Person personelle Unterstützung beim Aufstehen. Am Tag der Qualitätsprüfung steht die versorgte Person eigenständig aus ihrem Rollstuhl auf. Sie hält sich an einem Rollator, welcher ihr von der begleitenden Pflegefachkraft und der diensthabenden Pflegekraft bereitgestellt worden ist. Er wird zur Sicherheit rechts und links unter den Achseln gestützt. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Lageveränderung im Sitzen | Nach Angabe der begleitenden Pflegefachkraft kann die versorgte Person umfangreiche, eigenständige Bewegungen im Sitzen durchführen. Sie muss jedoch beaufsichtigt und zeitweise zum Positionswechsel angeleitet werden. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance | Die versorgte Person kann mit Festhalten stehen. Sie hält sich am Tag der Qualitätsprüfung an den Handgriffen ihres Rollators fest und hat einen sicheren Stand. Die versorgte Person steht zeitweise alleine auf. Das Gangbild ist unsicher. Die versorgte Person stürzt häufig. Die begleitende Pflegefachkraft führt aus, dass die versorgte Person nur wenige Schritte gehen kann, bevor sie stürzt. Sie führt weiter aus, dass die versorgte Person, bei guter Tagesbefindlichkeit, in Begleitung einer Pflegekraft von ihrem Zimmer bis in den Aufenthaltsbereich gehen kann. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Treppensteigen | Die versorgte Person kann keine Treppen steigen. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Beweglichkeit der Extremitäten | Die versorgte Person kann ihre Arme bis auf Schulterhöhe anheben. Sie kann mit beiden Händen zielgerichtet greifen. Die Feinmotorik sowie die Handkraft ist in beiden Händen eingeschränkt. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kraft | Die Körperkraft ist insgesamt eingeschränkt. |
| 2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung | |
| <input checked="" type="checkbox"/> druckverteilende Matratze / Kissen <input type="checkbox"/> Pflegesessel <input type="checkbox"/> Gehstock <input checked="" type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Multifunktionsrollstuhl <input checked="" type="checkbox"/> Rollstuhl | |
| Schiebehilfe für den Rollstuhl, Niederflurbett | |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird bedarfs- und bedürfnisgerecht ernährt. Eine ausreichende Flüssigkeitsaufnahme ist sichergestellt.

Informationserfassung

| | | | | |
|--|--------|---------|----------------|----------------|
| Gewicht | | aktuell | vor ca. 3 Mon. | vor ca. 6 Mon. |
| | kg | 80,70 | | |
| Hinweise auf eine Gewichtsabnahme | | | | |
| Aktuelle Größe | 156 cm | | | |
| BMI (kg/m ²) | 33,16 | | | |
| Im Zusammenhang mit der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme werden folgende Hilfsmittel genutzt: | | | | |
| Aufgrund von Aspirationsgefahr werden Getränke andickt, visuell hervorgehobener Tellerrand, Becher mit zwei Haltegriffen | | | | |
| Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme: | | | | |
| Aufgrund kognitiver und körperlicher Einschränkungen benötigt die versorgte Person Unterstützung. | | | | |

| | | | |
|---|---|---|----------------|
| Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme | | <input checked="" type="checkbox"/> tnz | |
| | | Beschreibung | |
| <input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde | <input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus | | |
| | Nahrung | kcal/24 h | Flussrate ml/h |
| | Flüssigkeit | ml/24 h | Flussrate ml/h |
| | (Zustand Sonde, Eintrittsstelle, Verband) | | |
| | | | |
| <input type="checkbox"/> Subkutaner Infusion | | | |
| <input type="checkbox"/> i.v.-Infusion | | | |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln | | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstigem | | | |

A) keine Auffälligkeiten

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

| |
|--|
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird bedarfs- und bedürfnisgerecht bei Kontinenzverlust unterstützt. Ggf. vorhandene künstliche Ausgänge werden fachgerecht versorgt.

Informationserfassung

| | |
|---|--|
| Beeinträchtigungen der Harn- und Stuhlkontinenz: | |
| Aufgrund kognitiver und körperlicher Einschränkungen benötigt die versorgte Person Unterstützung. Die versorgte Person ist harninkontinent. | |
| Nutzung von | <input type="checkbox"/> tnz |
| <input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter | |
| <input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten | <input checked="" type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln | |
| <input type="checkbox"/> Stoma | |
| <input type="checkbox"/> Sonstigem | |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird bedarfs- und bedürfnisgerecht bei ihrer Körperpflege unterstützt.

Informationserfassung

| |
|---|
| Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit im Bereich der Körperpflege: |
| Aufgrund kognitiver und körperlicher Einschränkungen benötigt die versorgte Person Unterstützung. |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

| |
|--|
| Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5 |
| Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen auflisten): |

| | |
|--|-----------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Medikamentengabe | fünfmal täglich |
| Zusammenfassende Einschätzung der Selbstständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen: | |
| Aufgrund kognitiver und körperlicher Einschränkungen benötigt die versorgte Person Unterstützung. | |
| | |

2.1 Medikamentöse Therapie

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird im Zusammenhang mit der Medikation fachgerecht unterstützt. Die Einnahme von Medikamenten entspricht den ärztlichen An- bzw. Verordnungen, und die Weiterleitung erforderlicher Informationen an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte ist sichergestellt.

Informationserfassung

| |
|---|
| Informationen zur medikamentösen Therapie der versorgten Person (soweit verfügbar: Medikationsplan, Hinweise auf Neben-/Wechselwirkungen, besondere ärztliche An- bzw. Verordnungen): |
| Medikamentenplan |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

2.2 Schmerzmanagement

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

Informationserfassung

| |
|--|
| Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen (einschließlich chronischer Schmerz, der aufgrund der aktuellen Schmerzmedikation abgeklungen ist)? |
| <input type="checkbox"/> ja, akute Schmerzen <input type="checkbox"/> ja, chronische Schmerzen <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| Lokalisation |
| Schmerzintensität |
| |

2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen werden bedarfsgerecht und entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung versorgt.

Informationserfassung

Bei der versorgten Person bestehen keine besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen.

2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

Auffälligkeiten oder Defizite bei der Durchführung weiterer ärztlich angeordneter bzw. verordneter Maßnahmen wurden nicht festgestellt.

3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit beeinträchtigter Sinneswahrnehmung werden in ihrem Alltagsleben und bei der Nutzung Hilfsmitteln unterstützt.

Informationserfassung

| |
|--|
| Sehvermögen der versorgten Person bei ausreichender Beleuchtung (auch unter Verwendung von Sehhilfen): |
| <input type="radio"/> nicht eingeschränkt (Gegenstände im Zimmer werden erkannt) <input checked="" type="radio"/> eingeschränkt (Gegenstände im Zimmer werden nur teilweise oder nicht erkannt) <input type="radio"/> stark eingeschränkt (Person sieht nur Schatten / Konturen) <input type="radio"/> die versorgte Person ist blind <input type="radio"/> Beurteilung ist nicht möglich |
| Hörvermögen der versorgten Person (auch unter Verwendung eines Hörgerätes): |
| <input type="radio"/> nicht eingeschränkt (auch bei Nebengeräuschen kann die versorgte Person einzelne Personen verstehen) <input checked="" type="radio"/> eingeschränkt (die versorgte Person kann nur ohne Nebengeräusche einzelne Personen verstehen) <input type="radio"/> stark eingeschränkt (die versorgte Person kann nur sehr laute Geräusche hören, kein Sprachverständnis) <input type="radio"/> die versorgte Person ist gehörlos <input type="radio"/> Beurteilung ist nicht möglich |
| Genutzte Hilfsmittel: |
| Brille, Hörgeräte |
| Bemerkung: |
| |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation

Qualitätsaussage

Die versorgten Personen werden dabei unterstützt, eine ihren Bedürfnissen und Beeinträchtigungen entsprechende Tagesstruktur zu entwickeln und umzusetzen. Der versorgten Person stehen Beschäftigungsmöglichkeiten zur Verfügung, die mit ihren Bedürfnissen in Einklang stehen. Sie wird bei der Nutzung dieser Möglichkeiten unterstützt. Versorgte Personen mit beeinträchtigten kommunikativen Fähigkeiten werden in der Kommunikation, bei der Knüpfung und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte unterstützt.

Informationserfassung

| |
|--|
| Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte: |
| <input checked="" type="checkbox"/> Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen <input checked="" type="checkbox"/> Ruhen und Schlafen <input checked="" type="checkbox"/> Sich beschäftigen <input checked="" type="checkbox"/> In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen <input checked="" type="checkbox"/> Interaktion mit Personen im direkten Kontakt <input checked="" type="checkbox"/> Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes |
| Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen: |
| Die versorgte Person ist zur Person orientiert. Sie ist zeitlich, örtlich und situativ nicht orientiert. Nach Angabe der begleitenden Pflegefachkraft ist die versorgte Person in ihrem gewohnten Umfeld meistens zum Ort sowie im Tagesabschnitt orientiert. Ein sinnhaftes Gespräch ist nicht möglich, da die versorgte Person Gesprächsinhalte kognitiv nicht erfassen kann. In der Pflegedokumentation ist beschrieben, dass keine adäquate Unterhaltung mehr möglich ist. Die versorgte Person kann am Tag der Qualitätsprüfung Aufforderungen eingeschränkt umsetzen. Sie erhält beim Aufstehen im Rahmen der Visitation neben verbalen auch taktile Informationen zum geplanten Bewegungsablauf. Hierdurch kann die versorgte Person aufstehen. |
| Tagesablauf und Aktivitäten im Alltag der versorgten Person (nur zu erfassen bei Personen mit beeinträchtigter Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte): |
| Laut Biographie ist die versorgte Person gerne gereist und gewandert. Ein "Bewegungsdrang" ist bei der versorgten Person festgestellt worden. Ihr wird die Teilnahme an einer "Sturzgymnastikgruppe" angeboten. Nach Angabe der begleitenden Pflegefachkraft kann die versorgte Person an guten Tagen die Aufforderungen zu den Bewegungsübungen umsetzen. Ihr werden regelmäßige Spaziergänge angeboten. |
| Bemerkung: |
| |
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

3.3 Nächtliche Versorgung

Qualitätsaussage

Die Einrichtung leistet auch in der Nacht eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung.

Informationserfassung

| |
|--|
| Nächtlicher Unterstützungsbedarf: |
| Wechsel Inkontinenzmaterial, regelmäßige Rundgänge, positionieren der Sensormatte, Anbieten von Getränken |
| Bemerkung: |
| |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

4.1 Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wurde während der Eingewöhnung in die neue Lebensumgebung zielgerichtet unterstützt.

| |
|---|
| Einzugsdatum: 23.01.2017 |
| Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf): |
| Anpassung der Unterstützung während der ersten 8 Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf): |
| |

4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

Qualitätsaussage

Die Pflegeeinrichtung leistet im Rahmen ihrer Möglichkeiten einen Beitrag, im Falle notwendiger Krankenhausaufenthalte die Versorgungskontinuität sicherzustellen und Belastungen der versorgten Person im Krankenhaus zu vermeiden.

Informationserfassung

(nur auszufüllen bei versorgten Personen mit Krankenhausaufenthalt in den letzten sechs Monaten)

| |
|--|
| Die versorgte Person wurde innerhalb der letzten 6 Monate nicht in einem Krankenhaus |
|--|

behandelt.

4.3 Unterstützung von versorgten Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten und psychischen Problemlagen

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten erhalten eine ihren Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen entsprechende Unterstützung

Informationserfassung

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:

| Herausfordernd erlebtes Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: | |
|---|---------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten | täglich |
| <input checked="" type="checkbox"/> Nächtliche Unruhe | selten |
| <input type="checkbox"/> Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten | |
| <input type="checkbox"/> Beschädigung von Gegenständen | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen | selten |
| <input checked="" type="checkbox"/> Verbale Aggression | selten |
| <input type="checkbox"/> Andere vokale Auffälligkeiten | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen | selten |
| <input checked="" type="checkbox"/> Wahnvorstellungen | selten |
| <input type="checkbox"/> Ängste | |
| <input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage | |
| <input type="checkbox"/> Sozial inadäquate Verhaltensweisen | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen | |
| | |
| | |
| | |
| Bemerkung: | |
| | |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Qualitätsaussage

Der Einsatz von Gurtfixierungen, Bettseitenteilen und anderen Fixierungen wird soweit wie möglich vermieden; im Falle eines Einsatzes werden die jeweils relevanten fachlichen Anforderungen beachtet.

Informationserfassung

Bei der versorgten Person wurden aktuell oder in den letzten vier Wochen keine freiheitsentziehenden Maßnahmen eingesetzt.

Prüfung bei der versorgten Person– Allgemeine Angaben

P3

| | | | | | |
|--------------------------|------------|---------------|-------|------------------|---|
| A Auftragsnummer: | | 102100-194979 | | | |
| Datum | 04.03.2020 | Uhrzeit | 11:19 | Nummer Prüfbogen | A |

| | |
|---|---|
| B Angaben zur versorgten Person | |
| 1. Name | P3 |
| 2. Pflegekasse | AOK |
| 3. Pflege- / Wohnbereich | . |
| 4. Geburtsdatum | 1929 |
| 5. Alter in Jahren | 90 |
| 6. Einzugsdatum | 06.2019 |
| 7. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung | Morbus Parkinson, Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz, Prostataadenom mit Harnverhalt, Depression |
| 8. Personenbezogener Code (soweit vorhanden) | |
| 9. Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung | <input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein |
| 10. Pflegegrad <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 4 | |

| | | |
|-----|--|--|
| 11. | <input type="radio"/> versorgte Person aus der Subgruppe A (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) <input checked="" type="radio"/> versorgte Person aus der Subgruppe B (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) <input type="radio"/> versorgte Person aus der Subgruppe C (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) | ja nein |
| 12. | Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person) | <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 13. | Vorhandene Unterlagen | Pflegedokumentation |
| 14. | Kurzzeitpflegegast | <input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein |

| | |
|---|---------------------|
| C Anwesende Personen | |
| 1. Name der Gutachterin oder des Gutachters | Thorsten Hochholzer |
| 2. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung | M1 |
| 3. Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung | Altenpflegerin |
| 4. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer) | |

Bereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

Qualitätsaussage

Die versorgte Person erhält bedarfsgerechte Unterstützung im Bereich der Mobilität und – sofern noch individuelle Ressourcen vorhanden sind und es ihren Bedürfnissen entspricht – zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität.

Informationserfassung

| | |
|--|--|
| 1. Beeinträchtigungen (bitte ankreuzen) | |
| | Erläuterungen |
| <input checked="" type="checkbox"/> Aufstehen | zum Aufstehen und zu den Transfers personelle Hilfestellung notwendig |
| <input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance | kann mit personeller Hilfestellung und einem Rollator stehen und mit personeller Hilfestellung und einem Rollator kurze Strecken gehen. Kurze Strecken können in einem Rollstuhl eigenständig bewältigt werden. Für weitere Strecken wird die versorgte Person in dem Rollstuhl gefahren. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Treppensteigen | nicht möglich |
| <input checked="" type="checkbox"/> Beweglichkeit der Extremitäten | Zielgerichtetes greifen möglich, die Hände können bis auf Mundhöhe angehoben werden. Bewegungseinschränkungen: rechte und linke Schulter und rechtes und linkes Hüftgelenk. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kraft | gemindert |

| | |
|---|---|
| 2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung | |
| <input type="checkbox"/> druckverteilende Matratze / Kissen | <input type="checkbox"/> Pflegesessel |
| <input type="checkbox"/> Gehstock | <input checked="" type="checkbox"/> Rollator |
| <input type="checkbox"/> Multifunktionsrollstuhl | <input checked="" type="checkbox"/> Rollstuhl |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird bedarfs- und bedürfnisgerecht ernährt. Eine ausreichende Flüssigkeitsaufnahme ist sichergestellt.

Informationserfassung

| | | | | |
|--|--------|---------|----------------|----------------|
| Gewicht | | aktuell | vor ca. 3 Mon. | vor ca. 6 Mon. |
| | kg | 70,70 | | |
| Hinweise auf eine Gewichtsabnahme | | | | |
| Aktuelle Größe | 160 cm | | | |
| BMI (kg/m ²) | 27,62 | | | |
| Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme. | | | | |
| Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme: | | | | |
| Feste Speisen müssen geschnitten werden, eigenständiges Essen ist dann möglich. Getränke müssen bereitgestellt werden, eigenständiges Trinken ist dann möglich. | | | | |

| | | | |
|---|---|---|----------------|
| Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme | | <input checked="" type="checkbox"/> tnz | |
| | | Beschreibung | |
| <input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde | <input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus | | |
| | Nahrung | kcal/24 h | Flussrate ml/h |
| | Flüssigkeit | ml/24 h | Flussrate ml/h |
| | (Zustand Sonde, Eintrittsstelle, Verband) | | |
| | | | |
| <input type="checkbox"/> Subkutaner Infusion | | | |
| <input type="checkbox"/> i.v.-Infusion | | | |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln | | | |

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

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird bedarfs- und bedürfnisgerecht bei Kontinenzverlust unterstützt. Ggf. vorhandene künstliche Ausgänge werden fachgerecht versorgt.

Informationserfassung

| | |
|---|---|
| Beeinträchtigungen der Harn- und Stuhlkontinenz: | |
| Stuhlkontinenz, abhängig kompensierte Harninkontinenz. Personelle Hilfestellung zur Versorgung des suprapubischen Katheter, zum Leeren und zum Wechsel des Auffangbeutel. | |
| Nutzung von | <input type="checkbox"/> tnz |
| <input checked="" type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter | |
| <input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter | |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten | <input type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln | |
| <input type="checkbox"/> Stoma | |
| <input type="checkbox"/> Sonstigem | |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird bedarfs- und bedürfnisgerecht bei ihrer Körperpflege unterstützt.

Informationserfassung

| |
|---|
| Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit im Bereich der Körperpflege: |
| Benötigt personelle Hilfestellung zum Waschen am Waschbecken, zur Mund- und Zahnpflege, zur Dusche und zur Nagelpflege. |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |

| |
|--|
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

| |
|--|
| Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5 |
| Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen auflisten): |
| <input checked="" type="checkbox"/> Medikamentengabe 3 x tgl |
| Zusammenfassende Einschätzung der Selbstständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen: |
| Aufgrund körperlicher Beeinträchtigung personelle Hilfestellung notwendig. |

2.1 Medikamentöse Therapie

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird im Zusammenhang mit der Medikation fachgerecht unterstützt. Die Einnahme von Medikamenten entspricht den ärztlichen An- bzw. Verordnungen, und die Weiterleitung erforderlicher Informationen an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte ist sichergestellt.

Informationserfassung

| |
|---|
| Informationen zur medikamentösen Therapie der versorgten Person (soweit verfügbar: Medikationsplan, Hinweise auf Neben-/Wechselwirkungen, besondere ärztliche An- bzw. Verordnungen): |
| Medikationsplan |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

2.2 Schmerzmanagement

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

Informationserfassung

| |
|--|
| Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen (einschließlich chronischer Schmerz, der aufgrund der aktuellen Schmerzmedikation abgeklungen ist)? |
| <input type="checkbox"/> ja, akute Schmerzen <input type="checkbox"/> ja, chronische Schmerzen <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| Lokalisation |

| |
|-------------------|
| Schmerzintensität |
| |

2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen werden bedarfsgerecht und entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung versorgt.

Informationserfassung

| |
|---|
| Vorgefundener medizinisch-pflegerischer Bedarf, zu dem eine ärztliche An- bzw. Verordnung vorliegt: |
| <input type="checkbox"/> Absaugen <input type="checkbox"/> Versorgung mit Beatmungsgerät <input type="checkbox"/> Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose <input type="checkbox"/> Versorgung von Drainagen <input checked="" type="checkbox"/> Versorgung mit einem suprapubischen Katheter <input type="checkbox"/> Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) <input type="checkbox"/> Versorgung mit Colo-/Ileo-/Uro- oder sonstigem Stoma <input type="checkbox"/> Versorgung mit einer Trachealkanüle <input type="checkbox"/> Versorgung mit einem zentralen Venenkatheter |
| |
| |
| Besondere ärztliche Anordnungen zu den oben genannten Bedarfslagen: |
| Der suprapubische Katheter muss, nach ärztlicher Verordnung, jeden zweiten Tag verbunden werden. |
| Bemerkung: |

| |
|--|
| A) <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| Bei dem Verbandwechsel des suprapubischen Katheters wurde die Qualifikationsanforderung unterlaufen. Am 07.02. und 21.02.2020 wurde der Verbandwechsel des suprapubischen Katheters, laut Durchführungsnachweis, von einer angelernten Kraft mit dem Handzeichen "AmS" durchgeführt. Ein Nachweis über eine materielle Qualifikation der angelernten Kraft, zum fachgerechten Ausführen des Verbandwechsels an der Punktionsfistel, kann am Tag der Qualitätsprüfung nicht eingesehen werden. |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

| |
|---|
| Auffälligkeiten oder Defizite bei der Durchführung weiterer ärztlich angeordneter bzw. verordneter Maßnahmen wurden nicht festgestellt. |
|---|

3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit beeinträchtiger Sinneswahrnehmung werden in ihrem Alltagsleben und bei der Nutzung Hilfsmitteln unterstützt.

Informationserfassung

| |
|--|
| Sehvermögen der versorgten Person bei ausreichender Beleuchtung (auch unter Verwendung von Sehhilfen): |
| <input checked="" type="radio"/> nicht eingeschränkt (Gegenstände im Zimmer werden erkannt) <input type="radio"/> eingeschränkt (Gegenstände im Zimmer werden nur teilweise oder nicht erkannt) <input type="radio"/> stark eingeschränkt (Person sieht nur Schatten / Konturen) <input type="radio"/> die versorgte Person ist blind <input type="radio"/> Beurteilung ist nicht möglich |
| |
| Hörvermögen der versorgten Person (auch unter Verwendung eines Hörgerätes): |
| <input checked="" type="radio"/> nicht eingeschränkt (auch bei Nebengeräuschen kann die versorgte Person einzelne Personen verstehen) <input type="radio"/> eingeschränkt (die versorgte Person kann nur ohne Nebengeräusche einzelne Personen verstehen) <input type="radio"/> stark eingeschränkt (die versorgte Person kann nur sehr laute Geräusche hören, kein Sprachverständnis) <input type="radio"/> die versorgte Person ist gehörlos <input type="radio"/> Beurteilung ist nicht möglich |
| |
| Genutzte Hilfsmittel: |
| Brille, Hörgerät |
| Bemerkung: |
| |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation

Qualitätsaussage

Die versorgten Personen werden dabei unterstützt, eine ihren Bedürfnissen und Beeinträchtigungen entsprechende Tagesstruktur zu entwickeln und umzusetzen. Der versorgten Person stehen Beschäftigungsmöglichkeiten zur Verfügung, die mit ihren Bedürfnissen in Einklang stehen. Sie wird bei der Nutzung dieser Möglichkeiten unterstützt. Versorgte Personen mit beeinträchtigten kommunikativen Fähigkeiten werden in der Kommunikation, bei der Knüpfung und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte unterstützt.

Informationserfassung

| |
|---|
| Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen |
|---|

| |
|--|
| Kontakte: |
| <input checked="" type="checkbox"/> Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen <input type="checkbox"/> Ruhen und Schlafen <input checked="" type="checkbox"/> Sich beschäftigen <input type="checkbox"/> In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen <input type="checkbox"/> Interaktion mit Personen im direkten Kontakt <input type="checkbox"/> Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes |
| Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen: |
| Die versorgte Person ist zur Person, zum Ort, zur Zeit und zur Situation orientiert. Ein Gespräch ist ohne Einschränkungen möglich. |
| Tagesablauf und Aktivitäten im Alltag der versorgten Person (nur zu erfassen bei Personen mit beeinträchtigter Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte): |
| Benötigt Hilfestellung zur individuellen Gestaltung des Tagesablaufes und zur Beschäftigung. Die versorgte Person bekommt Einzel- und Gruppenangebote zur sozialen Betreuung angeboten. Sie erhält Unterstützung zur Gestaltung des individuellen Tagesablaufes. |
| Bemerkung: |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

3.3 Nächtliche Versorgung

Qualitätsaussage

Die Einrichtung leistet auch in der Nacht eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung.

Informationserfassung

| |
|--|
| Nächtlicher Unterstützungsbedarf: |
| Getränke reichen, Urinablaufsystem kontrollieren |
| Bemerkung: |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

4.1 Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

Qualitätsaussage

Die Pflegeeinrichtung leistet im Rahmen ihrer Möglichkeiten einen Beitrag, im Falle notwendiger Krankenhausaufenthalte die Versorgungskontinuität sicherzustellen und Belastungen der versorgten Person im Krankenhaus zu vermeiden.

Informationserfassung

(nur auszufüllen bei versorgten Personen mit Krankenhausaufenthalt in den letzten sechs Monaten)

| |
|---|
| Die versorgte Person wurde innerhalb der letzten 6 Monate nicht in einem Krankenhaus behandelt. |
|---|

4.3 Unterstützung von versorgten Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten und psychischen Problemlagen

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten erhalten eine ihren Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen entsprechende Unterstützung

Informationserfassung

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:

| |
|--|
| Bei der versorgten Person liegen keine psychische Problemlagen oder herausfordernd erlebtes Verhalten vor. |
|--|

4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Qualitätsaussage

Der Einsatz von Gurtfixierungen, Bettseitenteilen und anderen Fixierungen wird soweit wie möglich vermieden; im Falle eines Einsatzes werden die jeweils relevanten fachlichen Anforderungen beachtet.

Informationserfassung

| |
|--|
| Bei der versorgten Person wurden aktuell oder in den letzten vier Wochen keine freiheitsentziehenden Maßnahmen eingesetzt. |
|--|

Prüfung bei der versorgten Person- Allgemeine Angaben

P4

| | | | | | |
|--------------------------|------------|---------------|-------|------------------|---|
| A Auftragsnummer: | | 102100-194979 | | | |
| Datum | 04.03.2020 | Uhrzeit | 09:52 | Nummer Prüfbogen | A |

| | |
|--|---|
| B Angaben zur versorgten Person | |
| 1. Name | P4 |
| 2. Pflegekasse | privat |
| 3. Pflege- / Wohnbereich | . |
| 4. Geburtsdatum | 1969 |
| 5. Alter in Jahren | 50 |
| 6. Einzugsdatum | 01.2020 |
| 7. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung | Multiple Sklerose, chronisches Halswirbelsäulen-Syndrom, Skoliose, spastische Tetraparese, Depression |
| 8. Personenbezogener Code (soweit vorhanden) | |
| 9. Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung | <input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein |
| 10. Pflegegrad <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 3 <input checked="" type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 4 | |
| 11. <input type="radio"/> versorgte Person aus der Subgruppe A (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) <input checked="" type="radio"/> versorgte Person aus der Subgruppe B (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) <input type="radio"/> versorgte Person aus der Subgruppe C (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) | |
| | ja nein |
| 12. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person) | <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 13. Vorhandene Unterlagen | Pflegedokumentation |
| 14. Kurzzeitpflegegast | <input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein |

| | |
|---|---------------------------------------|
| C Anwesende Personen | |
| 1. Name der Gutachterin oder des Gutachters | Thomas Kaleja |
| 2. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung | M1 M2 |
| 3. Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung Qualitätsmanagementbeauftragte/ Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin verantwortliche Pflegefachkraft und Einrichtungsleitung/ Altenpflegerin | |
| 4. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer) | Hospitantin des MDK Baden-Württemberg |

Bereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

Qualitätsaussage

Die versorgte Person erhält bedarfsgerechte Unterstützung im Bereich der Mobilität und – sofern noch individuelle Ressourcen vorhanden sind und es ihren Bedürfnissen entspricht – zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität.

Informationserfassung

| 1. Beeinträchtigungen (bitte ankreuzen) | |
|--|--|
| | Erläuterungen |
| <input checked="" type="checkbox"/> Positionswechsel im Bett | Die versorgte Person benötigt bei umfangreichen Positionswechseln im Liegen personelle Unterstützung. Sie möchte nur auf ihrem Rücken liegen. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Aufstehen | Die versorgte Person kann nur mit Unterstützung eines Personstehlifters aufstehen und kurze Zeit stehen. Die Transfers werden ausschließlich mit einem Stehlifter durchgeführt. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Halten einer stabilen Sitzposition | Die versorgte Person kann ihre Körperspannung im Sitzen nur eingeschränkt halten. Sie benötigt eine Rückenlehne sowie Armlehnen. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Lageveränderung im Sitzen | Die versorgte Person sitzt am Tag in ihrem Elektrorollstuhl. Sie kann die Rückenlehne eigenständig mit einem Joystick verstellen, um ihre Sitzposition zu verändern. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance | Die versorgte Person kann ihre Beine ausschließlich zum Transfer mit einem Personenstehlifter kurze Zeit belasten. Sie kann ihren Rollstuhl eigenständig mit einem Joystick fortbewegen. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Treppensteigen | Die versorgte Person kann keine Treppen steigen. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Beweglichkeit der Extremitäten | Die versorgte Person hat eine bekannte multiple Sklerose. Sie kann ihre Beine nur minimal bewegen. Die versorgte Person kann mit ihrer rechten Hand einen Gegenstand greifen. Die Feinmotorik der rechten Hand |

| | |
|--|---|
| | ist reduziert. Die versorgte Person kann ihren rechten Arm bis auf Brusthöhe anheben. Sie kann mit ihrer rechten Hand, bei guter Tagesbefindlichkeit, bis an ihren Mund fassen. Die versorgte Person kann mit ihrer linken Hand nicht greifen. Die Fingergelenke der linken Hand sind spastisch verändert. Sie kann ihren linken Arm nicht anheben. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kraft | Die Körperkraft ist insgesamt deutlich reduziert. |
| 2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung | |
| <input checked="" type="checkbox"/> druckverteilende Matratze / Kissen <input type="checkbox"/> Pflegesessel <input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Multifunktionsrollstuhl <input type="checkbox"/> Rollstuhl | |
| Elektrorollstuhl | |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird bedarfs- und bedürfnisgerecht ernährt. Eine ausreichende Flüssigkeitsaufnahme ist sichergestellt.

Informationserfassung

| Gewicht | | aktuell | vor ca. 3 Mon. | vor ca. 6 Mon. |
|---|--------|---------|----------------|----------------|
| | kg | 80,60 | | |
| Hinweise auf eine Gewichtsabnahme | | | | |
| Aktuelle Größe | 159 cm | | | |
| BMI (kg/m ²) | 31,88 | | | |
| Im Zusammenhang mit der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme werden folgende Hilfsmittel genutzt: | | | | |
| Strohalm, Trinkschlauch mit Trinkflasche | | | | |
| Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme: | | | | |
| Aufgrund körperlicher Einschränkungen benötigt die versorgte Person Unterstützung. | | | | |

| | |
|---|---|
| Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme | <input checked="" type="checkbox"/> tnz |
| | Beschreibung |
| <input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde | |

| | |
|--|---|
| | <input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung |
| | <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung |
| | <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich |
| | <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich |
| | <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe |
| | <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft |
| | <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus |
| | Nahrung kcal/24 h Flussrate ml/h |
| | Flüssigkeit ml/24 h Flussrate ml/h |
| | (Zustand Sonde, Eintrittsstelle, Verband) |
| <input type="checkbox"/> Subkutaner Infusion | |
| <input type="checkbox"/> i.v.-Infusion | |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln | |
| <input type="checkbox"/> Sonstigem | |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird bedarfs- und bedürfnisgerecht bei Kontinenzverlust unterstützt. Ggf. vorhandene künstliche Ausgänge werden fachgerecht versorgt.

Informationserfassung

| | |
|--|--|
| Beeinträchtigungen der Harn- und Stuhlkontinenz: | |
| Aufgrund körperlicher Einschränkungen benötigt die versorgte Person Unterstützung. Die versorgte Person spürt den Harndrang nicht immer rechtzeitig. | |
| Nutzung von | <input type="checkbox"/> tnz |
| <input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter | |
| <input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten | <input checked="" type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln | |
| <input type="checkbox"/> Stoma | |
| <input type="checkbox"/> Sonstigem | |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird bedarfs- und bedürfnisgerecht bei ihrer Körperpflege unterstützt.

Informationserfassung

| |
|--|
| Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit im Bereich der Körperpflege: |
| Aufgrund körperlicher Einschränkungen benötigt die versorgte Person Unterstützung. |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

| |
|--|
| Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5 |
| Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen auflisten): |
| <input checked="" type="checkbox"/> Medikamentengabe zweimal täglich |
| Zusammenfassende Einschätzung der Selbstständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen: |
| Aufgrund körperlicher Einschränkungen benötigt die versorgte Person Unterstützung. |

2.1 Medikamentöse Therapie

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird im Zusammenhang mit der Medikation fachgerecht unterstützt. Die Einnahme von Medikamenten entspricht den ärztlichen An- bzw. Verordnungen, und die Weiterleitung erforderlicher Informationen an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte ist sichergestellt.

Informationserfassung

| |
|---|
| Informationen zur medikamentösen Therapie der versorgten Person (soweit verfügbar: Medikationsplan, Hinweise auf Neben-/Wechselwirkungen, besondere ärztliche An- bzw. Verordnungen): |
| Medikamentenplan |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

2.2 Schmerzmanagement

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

Informationserfassung

| |
|--|
| Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen (einschließlich chronischer Schmerz, der aufgrund der aktuellen Schmerzmedikation abgeklungen ist)? |
| <input type="checkbox"/> ja, akute Schmerzen <input type="checkbox"/> ja, chronische Schmerzen <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| Lokalisation |
| Schmerzintensität |
| |

2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen werden bedarfsgerecht und entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung versorgt.

Informationserfassung

| |
|---|
| Bei der versorgten Person bestehen keine besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen. |
|---|

2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

| |
|---|
| Auffälligkeiten oder Defizite bei der Durchführung weiterer ärztlich angeordneter bzw. verordneter Maßnahmen wurden nicht festgestellt. |
|---|

3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit beeinträchtigter Sinneswahrnehmung werden in ihrem Alltagsleben und bei der Nutzung Hilfsmitteln unterstützt.

Informationserfassung

| |
|---|
| Sehvermögen der versorgten Person bei ausreichender Beleuchtung (auch unter Verwendung von Sehhilfen): |
| <input type="radio"/> nicht eingeschränkt (Gegenstände im Zimmer werden erkannt) <input checked="" type="radio"/> eingeschränkt (Gegenstände im Zimmer werden nur teilweise oder nicht erkannt) <input type="radio"/> stark eingeschränkt (Person sieht nur Schatten / Konturen) <input type="radio"/> die versorgte Person ist blind <input type="radio"/> Beurteilung ist nicht möglich |
| |
| |

| |
|--|
| Hörvermögen der versorgten Person (auch unter Verwendung eines Hörgerätes): |
| <input checked="" type="radio"/> nicht eingeschränkt (auch bei Nebengeräuschen kann die versorgte Person einzelne Personen verstehen) <input type="radio"/> eingeschränkt (die versorgte Person kann nur ohne Nebengeräusche einzelne Personen verstehen) <input type="radio"/> stark eingeschränkt (die versorgte Person kann nur sehr laute Geräusche hören, kein Sprachverständnis) <input type="radio"/> die versorgte Person ist gehörlos <input type="radio"/> Beurteilung ist nicht möglich |
| Genutzte Hilfsmittel: |
| Brille |
| Bemerkung: |
| |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation

Qualitätsaussage

Die versorgten Personen werden dabei unterstützt, eine ihren Bedürfnissen und Beeinträchtigungen entsprechende Tagesstruktur zu entwickeln und umzusetzen. Der versorgten Person stehen Beschäftigungsmöglichkeiten zur Verfügung, die mit ihren Bedürfnissen in Einklang stehen. Sie wird bei der Nutzung dieser Möglichkeiten unterstützt. Versorgte Personen mit beeinträchtigten kommunikativen Fähigkeiten werden in der Kommunikation, bei der Knüpfung und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte unterstützt.

Informationserfassung

| |
|---|
| Bei der versorgten Person liegt kein Bedarf an Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung oder Kommunikation vor. |
|---|

3.3 Nächtliche Versorgung

Qualitätsaussage

Die Einrichtung leistet auch in der Nacht eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung.

Informationserfassung

| |
|---|
| Nächtlicher Unterstützungsbedarf: |
| Die versorgte Person wünscht keine Positionierung. Getränke werden bei Bedarf angereicht. |
| |
| Bemerkung: |
| |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
|--|

| |
|--|
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

4.1 Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

Qualitätsaussage

Die Pflegeeinrichtung leistet im Rahmen ihrer Möglichkeiten einen Beitrag, im Falle notwendiger Krankenhausaufenthalte die Versorgungskontinuität sicherzustellen und Belastungen der versorgten Person im Krankenhaus zu vermeiden.

Informationserfassung

(nur auszufüllen bei versorgten Personen mit Krankenhausaufenthalt in den letzten sechs Monaten)

| |
|---|
| Die versorgte Person wurde innerhalb der letzten 6 Monate nicht in einem Krankenhaus behandelt. |
|---|

4.3 Unterstützung von versorgten Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten und psychischen Problemlagen

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten erhalten eine ihren Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen entsprechende Unterstützung

Informationserfassung

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:

| |
|--|
| Bei der versorgten Person liegen keine psychische Problemlagen oder herausfordernd erlebtes Verhalten vor. |
|--|

4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Qualitätsaussage

Der Einsatz von Gurtfixierungen, Bettseitenteilen und anderen Fixierungen wird soweit wie möglich vermieden; im Falle eines Einsatzes werden die jeweils relevanten fachlichen Anforderungen beachtet.

Informationserfassung

Bei der versorgten Person wurden aktuell oder in den letzten vier Wochen keine freiheitsentziehenden Maßnahmen eingesetzt.

Prüfung bei der versorgten Person– Allgemeine Angaben

P5

| | | | | | |
|--------------------------|------------|---------------|-------|------------------|---|
| A Auftragsnummer: | | 102100-194979 | | | |
| Datum | 04.03.2020 | Uhrzeit | 14:04 | Nummer Prüfbogen | A |

| | |
|---|--|
| B Angaben zur versorgten Person | |
| 1. Name | P5 |
| 2. Pflegekasse | Barmer GEK |
| 3. Pflege- / Wohnbereich | . |
| 4. Geburtsdatum | 1935 |
| 5. Alter in Jahren | 84 |
| 6. Einzugsdatum | 11.2015 |
| 7. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung | Niereninsuffizienz, Adenom, NSTEMI, Alzheimer-Demenz, Grauer Star |
| 8. Personenbezogener Code (soweit vorhanden) | |
| 9. Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung | <input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein |
| 10. Pflegegrad <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 4 | |
| 11. | <input type="radio"/> versorgte Person aus der Subgruppe A (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) <input type="radio"/> versorgte Person aus der Subgruppe B (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) <input checked="" type="radio"/> versorgte Person aus der Subgruppe C (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) |

| | |
|--|--|
| | ja nein |
| 12. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person) | <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 13. Vorhandene Unterlagen | Pflegedokumentation |
| 14. Kurzzeitpflegegast | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |

| | |
|---|--|
| C Anwesende Personen | |
| 1. Name der Gutachterin oder des Gutachters | Thomas Kaleja |
| 2. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung | M1 M2 |
| 3. Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung | Qualitätsmanagementbeauftragte/ Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin verantwortliche Pflegefachkraft und Einrichtungsleitung/ Altenpflegerin |
| 4. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer) | Hospitantin des MDK Baden-Württemberg |

Bereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

Qualitätsaussage

Die versorgte Person erhält bedarfsgerechte Unterstützung im Bereich der Mobilität und – sofern noch individuelle Ressourcen vorhanden sind und es ihren Bedürfnissen entspricht – zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität.

Informationserfassung

| | |
|---|--|
| 1. Beeinträchtigungen (bitte ankreuzen) | |
| | Erläuterungen |
| <input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance | Die versorgte Person hat ein zügiges und sicheres Gangbild. Sie hat zeitweise Schwindel. Ihr steht ein Rollator zur Verfügung. Die kognitiv eingeschränkte Person nutzt den Rollator nur, wenn sie von den Pflegekräften dazu angeleitet wird. |
| 2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung | |
| <input type="checkbox"/> druckverteilende Matratze / Kissen | <input type="checkbox"/> Pflegesessel |
| <input type="checkbox"/> Gehstock | <input checked="" type="checkbox"/> Rollator |
| <input type="checkbox"/> Multifunktionsrollstuhl | <input type="checkbox"/> Rollstuhl |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird bedarfs- und bedürfnisgerecht ernährt. Eine ausreichende Flüssigkeitsaufnahme ist sichergestellt.

Informationserfassung

| | | | | |
|--|----|---------|----------------|----------------|
| Gewicht | | aktuell | vor ca. 3 Mon. | vor ca. 6 Mon. |
| | kg | 56,60 | | 50,50 |
| Hinweise auf eine Gewichtsabnahme | | | | |
| Aktuelle Größe | | 155 cm | | |
| BMI (kg/m ²) | | 23,56 | | |
| Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme. | | | | |
| Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme: | | | | |
| Aufgrund kognitiver Einschränkungen benötigt die versorgte Person Unterstützung. Sie muss zum Trinken und zum Essen angeleitet werden. | | | | |

| | | | |
|---|---|---|----------------|
| Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme | | <input checked="" type="checkbox"/> tnz | |
| | | Beschreibung | |
| <input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde | <input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus | | |
| | Nahrung | kcal/24 h | Flussrate ml/h |
| | Flüssigkeit | ml/24 h | Flussrate ml/h |
| | (Zustand Sonde, Eintrittsstelle, Verband) | | |
| <input type="checkbox"/> Subkutaner Infusion | | | |
| <input type="checkbox"/> i.v.-Infusion | | | |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln | | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstigem | | | |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird bedarfs- und bedürfnisgerecht bei Kontinenzverlust unterstützt. Ggf. vorhandene künstliche Ausgänge werden fachgerecht versorgt.

Informationserfassung

| | |
|--|--|
| Beeinträchtigungen der Harn- und Stuhlkontinenz: | |
| Aufgrund kognitiver Einschränkungen benötigt die versorgte Person Unterstützung. Sie spürt keinen Harndrang. | |
| Nutzung von | <input type="checkbox"/> tnz |
| <input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter | |
| <input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten | <input checked="" type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln | |
| <input type="checkbox"/> Stoma | |
| <input type="checkbox"/> Sonstigem | |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird bedarfs- und bedürfnisgerecht bei ihrer Körperpflege unterstützt.

Informationserfassung

| |
|--|
| Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit im Bereich der Körperpflege: |
| Aufgrund kognitiver Einschränkungen benötigt die versorgte Person Unterstützung. |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

| |
|--|
| Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5 |
| Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen auflisten): |
| <input checked="" type="checkbox"/> Medikamentengabe zweimal täglich |
| Zusammenfassende Einschätzung der Selbstständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen: |
| Aufgrund kognitiver Einschränkungen benötigt die versorgte Person Unterstützung. |

2.1 Medikamentöse Therapie

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird im Zusammenhang mit der Medikation fachgerecht unterstützt. Die Einnahme von Medikamenten entspricht den ärztlichen An- bzw. Verordnungen, und die Weiterleitung erforderlicher Informationen an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte ist sichergestellt.

Informationserfassung

| |
|---|
| Informationen zur medikamentösen Therapie der versorgten Person (soweit verfügbar: Medikationsplan, Hinweise auf Neben-/Wechselwirkungen, besondere ärztliche An- bzw. Verordnungen): |
| Medikamentenplan |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

2.2 Schmerzmanagement

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

Informationserfassung

| |
|--|
| Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen (einschließlich chronischer Schmerz, der aufgrund der aktuellen Schmerzmedikation abgeklungen ist)? |
| <input type="checkbox"/> ja, akute Schmerzen <input type="checkbox"/> ja, chronische Schmerzen <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| Lokalisation |
| Schmerzintensität |
| |

2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen werden bedarfsgerecht und entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung versorgt.

Informationserfassung

| |
|---|
| Bei der versorgten Person bestehen keine besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen. |
|---|

2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

Auffälligkeiten oder Defizite bei der Durchführung weiterer ärztlich angeordneter bzw. verordneter Maßnahmen wurden nicht festgestellt.

3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit beeinträchtigter Sinneswahrnehmung werden in ihrem Alltagsleben und bei der Nutzung Hilfsmitteln unterstützt.

Informationserfassung

| |
|--|
| Sehvermögen der versorgten Person bei ausreichender Beleuchtung (auch unter Verwendung von Sehhilfen): |
| <input type="radio"/> nicht eingeschränkt (Gegenstände im Zimmer werden erkannt) <input type="radio"/> eingeschränkt (Gegenstände im Zimmer werden nur teilweise oder nicht erkannt) <input type="radio"/> stark eingeschränkt (Person sieht nur Schatten / Konturen) <input type="radio"/> die versorgte Person ist blind <input checked="" type="radio"/> Beurteilung ist nicht möglich |
| Hörvermögen der versorgten Person (auch unter Verwendung eines Hörgerätes): |
| <input type="radio"/> nicht eingeschränkt (auch bei Nebengeräuschen kann die versorgte Person einzelne Personen verstehen) <input type="radio"/> eingeschränkt (die versorgte Person kann nur ohne Nebengeräusche einzelne Personen verstehen) <input type="radio"/> stark eingeschränkt (die versorgte Person kann nur sehr laute Geräusche hören, kein Sprachverständnis) <input type="radio"/> die versorgte Person ist gehörlos <input checked="" type="radio"/> Beurteilung ist nicht möglich |
| Kein Unterstützungsbedarf bei der Nutzung von Hilfsmitteln. |
| Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel zur Unterstützung des Seh- und Hörvermögens. |

3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation

Qualitätsaussage

Die versorgten Personen werden dabei unterstützt, eine ihren Bedürfnissen und Beeinträchtigungen entsprechende Tagesstruktur zu entwickeln und umzusetzen. Der versorgten Person stehen Beschäftigungsmöglichkeiten zur Verfügung, die mit ihren Bedürfnissen in Einklang stehen. Sie wird bei der Nutzung dieser Möglichkeiten unterstützt. Versorgte Personen mit beeinträchtigten kommunikativen Fähigkeiten werden in der Kommunikation, bei der Knüpfung und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte unterstützt.

Informationserfassung

| |
|---|
| Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte: |
| |

| |
|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen <input checked="" type="checkbox"/> Ruhen und Schlafen <input checked="" type="checkbox"/> Sich beschäftigen <input checked="" type="checkbox"/> In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen <input checked="" type="checkbox"/> Interaktion mit Personen im direkten Kontakt <input checked="" type="checkbox"/> Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes |
| Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen: |
| Ein sinnhaftes Gespräch ist nicht möglich, da die versorgte Person Gesprächsinhalte kognitiv nicht erfassen kann. Sie ist zur Person orientiert. Die versorgte Person ist örtlich, zeitlich und situativ nicht orientiert. |
| Tagesablauf und Aktivitäten im Alltag der versorgten Person (nur zu erfassen bei Personen mit beeinträchtigter Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte): |
| Der versorgten Person werden individuelle Betreuungsangebote unterbreitet. |
| Bemerkung: |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

3.3 Nächtliche Versorgung

Qualitätsaussage

Die Einrichtung leistet auch in der Nacht eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung.

Informationserfassung

| |
|---|
| Nächtlicher Unterstützungsbedarf: |
| Anbieten von Getränken Kontrolle und ggf. Wechsel von Inkontinenzmaterialien |
| Bemerkung: |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

4.1 Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wurde während der Eingewöhnung in die neue Lebensumgebung zielgerichtet unterstützt.

| |
|---|
| Einzugsdatum: 02.11.2015 |
| Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf): |
| Anpassung der Unterstützung während der ersten 8 Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf): |
| |

4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

Qualitätsaussage

Die Pflegeeinrichtung leistet im Rahmen ihrer Möglichkeiten einen Beitrag, im Falle notwendiger Krankenhausaufenthalte die Versorgungskontinuität sicherzustellen und Belastungen der versorgten Person im Krankenhaus zu vermeiden.

Informationserfassung

(nur auszufüllen bei versorgten Personen mit Krankenhausaufenthalt in den letzten sechs Monaten)

| |
|---|
| Die versorgte Person wurde innerhalb der letzten 6 Monate nicht in einem Krankenhaus behandelt. |
|---|

4.3 Unterstützung von versorgten Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten und psychischen Problemlagen

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten erhalten eine ihren Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen entsprechende Unterstützung

Informationserfassung

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:

| |
|--|
| Bei der versorgten Person liegen keine psychische Problemlagen oder herausfordernd erlebtes Verhalten vor. |
|--|

4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Qualitätsaussage

Der Einsatz von Gurtfixierungen, Bettseitenteilen und anderen Fixierungen wird soweit wie möglich vermieden; im Falle eines Einsatzes werden die jeweils relevanten fachlichen Anforderungen beachtet.

Informationserfassung

| |
|--|
| |
|--|

Bei der versorgten Person wurden aktuell oder in den letzten vier Wochen keine freiheitsentziehenden Maßnahmen eingesetzt.

Prüfung bei der versorgten Person- Allgemeine Angaben

P6

| | | | | | |
|--------------------------|---------------|---------|-------|------------------|---|
| A Auftragsnummer: | 102100-194979 | | | | |
| Datum | 04.03.2020 | Uhrzeit | 10:31 | Nummer Prüfbogen | A |

| | |
|---|--|
| B Angaben zur versorgten Person | |
| 1. Name | P6 |
| 2. Pflegekasse | AOK |
| 3. Pflege- / Wohnbereich | . |
| 4. Geburtsdatum | 1939 |
| 5. Alter in Jahren | 81 |
| 6. Einzugsdatum | 08.2018 |
| 7. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung | Morbus Parkinson, Diabetes mellitus |
| 8. Personenbezogener Code (soweit vorhanden) | |
| 9. Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung | <input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein |
| 10. Pflegegrad <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 4 | |
| 11. <input type="radio"/> versorgte Person aus der Subgruppe A (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) <input type="radio"/> versorgte Person aus der Subgruppe B (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) <input type="radio"/> versorgte Person aus der Subgruppe C (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) | |
| | ja nein |
| 12. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person) | <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 13. | Pflegedokumentation |

| | |
|------------------------|--|
| Vorhandene Unterlagen | |
| 14. Kurzzeitpflegegast | <input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein |

Die versorgte Person war keiner Subgruppe zugeordnet.

| | |
|---|---------------------|
| C Anwesende Personen | |
| 1. Name der Gutachterin oder des Gutachters | Thorsten Hochholzer |
| 2. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung | M1 |
| 3. Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung | Altenpflegerin |
| 4. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer) | |

Bereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

Qualitätsaussage

Die versorgte Person erhält bedarfsgerechte Unterstützung im Bereich der Mobilität und – sofern noch individuelle Ressourcen vorhanden sind und es ihren Bedürfnissen entspricht – zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität.

Informationserfassung

| | |
|---|---|
| 1. Beeinträchtigungen (bitte ankreuzen) | |
| | Erläuterungen |
| <input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance | kann mit einem Rollator eigenständig stehen und gehen |
| <input checked="" type="checkbox"/> Treppensteigen | benötigt zum Treppensteigen personelle Hilfestellung |
| 2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung | |
| <input type="checkbox"/> druckverteilende Matratze / Kissen | <input type="checkbox"/> Pflegesessel |
| <input type="checkbox"/> Gehstock | <input checked="" type="checkbox"/> Rollator |
| <input type="checkbox"/> Multifunktionsrollstuhl | <input type="checkbox"/> Rollstuhl |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird bedarfs- und bedürfnisgerecht ernährt. Eine ausreichende Flüssigkeitsaufnahme

ist sichergestellt.

Informationserfassung

| | | | | |
|---|--------|---------|----------------|----------------|
| Gewicht | | aktuell | vor ca. 3 Mon. | vor ca. 6 Mon. |
| | kg | 60,00 | | |
| Hinweise auf eine Gewichtsabnahme | | | | |
| Aktuelle Größe | 159 cm | | | |
| BMI (kg/m ²) | 23,73 | | | |
| Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme. | | | | |
| Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme: | | | | |
| Bei der versorgten Person sind keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme vorhanden. | | | | |

| | | | |
|---|---|---|----------------|
| Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme | | <input checked="" type="checkbox"/> tnz | |
| | | Beschreibung | |
| <input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde | <input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus | | |
| | Nahrung | kcal/24 h | Flussrate ml/h |
| | Flüssigkeit | ml/24 h | Flussrate ml/h |
| | (Zustand Sonde, Eintrittsstelle, Verband) | | |
| | <input type="checkbox"/> Subkutaner Infusion <input type="checkbox"/> i.v.-Infusion <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln <input type="checkbox"/> Sonstigem | | |

1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird bedarfs- und bedürfnisgerecht bei Kontinenzverlust unterstützt. Ggf. vorhandene künstliche Ausgänge werden fachgerecht versorgt.

Informationserfassung

| |
|---|
| Bei der versorgten Person liegt kein Hilfebedarf im Bereich der Kontinenzförderung, der Kompensation von Kontinenzverlust oder der Versorgung künstlicher Ausgänge vor. |
|---|

1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird bedarfs- und bedürfnisgerecht bei ihrer Körperpflege unterstützt.

Informationserfassung

| |
|---|
| Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit im Bereich der Körperpflege: |
| Benötigt personelle Hilfestellung zum Waschen am Waschbecken, zur Dusche und zur Nagelpflege. |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

| |
|--|
| Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5 |
| Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen auflisten): |
| <input checked="" type="checkbox"/> Medikamentengabe 12 x tgl |
| Zusammenfassende Einschätzung der Selbstständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen: |
| Aufgrund körperlicher Beeinträchtigung personelle Hilfestellung notwendig. |

2.1 Medikamentöse Therapie

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird im Zusammenhang mit der Medikation fachgerecht unterstützt. Die Einnahme von Medikamenten entspricht den ärztlichen An- bzw. Verordnungen, und die Weiterleitung erforderlicher Informationen an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte ist sichergestellt.

Informationserfassung

| |
|---|
| Informationen zur medikamentösen Therapie der versorgten Person (soweit verfügbar: Medikationsplan, Hinweise auf Neben-/Wechselwirkungen, besondere ärztliche An- bzw. Verordnungen): |
| Medikationsplan |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

2.2 Schmerzmanagement

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

Informationserfassung

| |
|--|
| Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen (einschließlich chronischer Schmerz, der aufgrund der aktuellen Schmerzmedikation abgeklungen ist)? |
| <input type="checkbox"/> ja, akute Schmerzen <input type="checkbox"/> ja, chronische Schmerzen <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| Lokalisation |
| Schmerzintensität |
| |

2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen werden bedarfsgerecht und entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung versorgt.

Informationserfassung

| |
|---|
| Bei der versorgten Person bestehen keine besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen. |
|---|

2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

| |
|---|
| Auffälligkeiten oder Defizite bei der Durchführung weiterer ärztlich angeordneter bzw. verordneter Maßnahmen wurden nicht festgestellt. |
|---|

3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit beeinträchtigter Sinneswahrnehmung werden in ihrem Alltagsleben und bei der Nutzung Hilfsmitteln unterstützt.

Informationserfassung

| |
|---|
| Sehvermögen der versorgten Person bei ausreichender Beleuchtung (auch unter Verwendung von Sehhilfen): |
| <input checked="" type="radio"/> nicht eingeschränkt (Gegenstände im Zimmer werden erkannt) <input type="radio"/> eingeschränkt (Gegenstände im Zimmer werden nur teilweise oder nicht erkannt) <input type="radio"/> stark eingeschränkt (Person sieht nur Schatten / Konturen) <input type="radio"/> die versorgte Person ist blind <input type="radio"/> Beurteilung ist nicht möglich |
| |
| |

| |
|--|
| Hörvermögen der versorgten Person (auch unter Verwendung eines Hörgerätes): |
| <input checked="" type="radio"/> nicht eingeschränkt (auch bei Nebengeräuschen kann die versorgte Person einzelne Personen verstehen) <input type="radio"/> eingeschränkt (die versorgte Person kann nur ohne Nebengeräusche einzelne Personen verstehen) <input type="radio"/> stark eingeschränkt (die versorgte Person kann nur sehr laute Geräusche hören, kein Sprachverständnis) <input type="radio"/> die versorgte Person ist gehörlos <input type="radio"/> Beurteilung ist nicht möglich |
| Kein Unterstützungsbedarf bei der Nutzung von Hilfsmitteln. |
| Genutzte Hilfsmittel: |
| Brille |
| Bemerkung: |
| |

3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation

Qualitätsaussage

Die versorgten Personen werden dabei unterstützt, eine ihren Bedürfnissen und Beeinträchtigungen entsprechende Tagesstruktur zu entwickeln und umzusetzen. Der versorgten Person stehen Beschäftigungsmöglichkeiten zur Verfügung, die mit ihren Bedürfnissen in Einklang stehen. Sie wird bei der Nutzung dieser Möglichkeiten unterstützt. Versorgte Personen mit beeinträchtigten kommunikativen Fähigkeiten werden in der Kommunikation, bei der Knüpfung und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte unterstützt.

Informationserfassung

| |
|---|
| Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte: |
| <input type="checkbox"/> Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen <input type="checkbox"/> Ruhen und Schlafen <input checked="" type="checkbox"/> Sich beschäftigen <input type="checkbox"/> In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen <input type="checkbox"/> Interaktion mit Personen im direkten Kontakt <input type="checkbox"/> Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes |
| Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen: |
| Die versorgte Person ist zur Person, zum Ort, zur Zeit und zur Situation orientiert. Ein Gespräch ist ohne Einschränkungen möglich. |
| Tagesablauf und Aktivitäten im Alltag der versorgten Person (nur zu erfassen bei Personen mit beeinträchtigter Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte): |
| Benötigt Hilfestellung zur Beschäftigung. Die versorgte Person bekommt Einzel- und Gruppenangebote zur sozialen Betreuung angeboten. |
| Bemerkung: |
| |
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |

| |
|--|
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

3.3 Nächtliche Versorgung

Qualitätsaussage

Die Einrichtung leistet auch in der Nacht eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung.

Informationserfassung

| |
|--|
| Nächtlicher Unterstützungsbedarf: |
| Bei der versorgten Person liegt kein nächtlicher Unterstützungsbedarf vor. |

4.1 Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wurde während der Eingewöhnung in die neue Lebensumgebung zielgerichtet unterstützt.

| |
|---|
| Einzugsdatum: 23.08.2018 |
| Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf): |
| Anpassung der Unterstützung während der ersten 8 Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf): |
| |

4.2 Überleitung bei Krankenhausaufhalten

Qualitätsaussage

Die Pflegeeinrichtung leistet im Rahmen ihrer Möglichkeiten einen Beitrag, im Falle notwendiger Krankenhausaufhalte die Versorgungskontinuität sicherzustellen und Belastungen der versorgten Person im Krankenhaus zu vermeiden.

Informationserfassung

(nur auszufüllen bei versorgten Personen mit Krankenhausaufenthalt in den letzten sechs Monaten)

| |
|---|
| Die versorgte Person wurde innerhalb der letzten 6 Monate nicht in einem Krankenhaus behandelt. |
|---|

4.3 Unterstützung von versorgten Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten und psychischen Problemlagen

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten erhalten eine ihren Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen entsprechende Unterstützung

Informationserfassung

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:

Bei der versorgten Person liegen keine psychische Problemlagen oder herausfordernd erlebtes Verhalten vor.

4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Qualitätsaussage

Der Einsatz von Gurtfixierungen, Bettseitenteilen und anderen Fixierungen wird soweit wie möglich vermieden; im Falle eines Einsatzes werden die jeweils relevanten fachlichen Anforderungen beachtet.

Informationserfassung

Bei der versorgten Person wurden aktuell oder in den letzten vier Wochen keine freiheitsentziehenden Maßnahmen eingesetzt.

Prüfung bei der versorgten Person– Allgemeine Angaben

P7

| | | | | | |
|--------------------------|------------|---------------|-------|------------------|---|
| A Auftragsnummer: | | 102100-194979 | | | |
| Datum | 05.03.2020 | Uhrzeit | 10:00 | Nummer Prüfbogen | A |

| | |
|--|------------|
| B Angaben zur versorgten Person | |
| 1. Name | P7 |
| 2. Pflegekasse | Barmer GEK |
| 3. Pflege- / Wohnbereich | . |
| 4. Geburtsdatum | 1922 |
| 5. Alter in Jahren | 97 |
| 6. Einzugsdatum | 03.2018 |

| | |
|---|--|
| 7. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung | Demenz, Herzinsuffizienz, Makuladegeneration beidseits |
| 8. Personenbezogener Code (soweit vorhanden) | |
| 9. Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung | <input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein |
| 10. Pflegegrad <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 4 | |
| 11. <input type="radio"/> versorgte Person aus der Subgruppe A (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) <input type="radio"/> versorgte Person aus der Subgruppe B (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) <input type="radio"/> versorgte Person aus der Subgruppe C (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) | |
| | ja nein |
| 12. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person) | <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 13. Vorhandene Unterlagen | Pflegedokumentation |
| 14. Kurzzeitpflegegast | <input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein |

Die versorgte Person war keiner Subgruppe zugeordnet.

| | |
|---|---------------------|
| C Anwesende Personen | |
| 1. Name der Gutachterin oder des Gutachters | Thorsten Hochholzer |
| 2. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung | M1 M2 |
| 3. Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung Altenpflegerin stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft/ Altenpfleger | |
| 4. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer) | |

Bereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

Qualitätsaussage

Die versorgte Person erhält bedarfsgerechte Unterstützung im Bereich der Mobilität und – sofern noch individuelle Ressourcen vorhanden sind und es ihren Bedürfnissen entspricht – zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität.

Informationserfassung

| | |
|--|--|
| 1. Beeinträchtigungen (bitte ankreuzen) | |
| | Erläuterungen |
| <input checked="" type="checkbox"/> Positionswechsel im Bett | muss zu regelmäßigen Positionswechseln zu den Ruhezeiten motiviert werden. |

| | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Aufstehen | je nach Tagesform personelle Hilfestellung notwendig |
| <input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance | mit einem Rollator und personeller Hilfestellung |
| <input checked="" type="checkbox"/> Treppensteigen | nicht möglich |
| <input checked="" type="checkbox"/> Beweglichkeit der Extremitäten | Bewegungseinschränkungen: rechte und linke Schulter |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kraft | gemindert |
| 2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung | |
| <input type="checkbox"/> druckverteilende Matratze / Kissen | <input type="checkbox"/> Pflegesessel |
| <input type="checkbox"/> Gehstock | <input checked="" type="checkbox"/> Rollator |
| <input type="checkbox"/> Multifunktionsrollstuhl | <input type="checkbox"/> Rollstuhl |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird bedarfs- und bedürfnisgerecht ernährt. Eine ausreichende Flüssigkeitsaufnahme ist sichergestellt.

Informationserfassung

| | | | | |
|--|--------|---------|----------------|----------------|
| Gewicht | | aktuell | vor ca. 3 Mon. | vor ca. 6 Mon. |
| | kg | 56,30 | | |
| Hinweise auf eine Gewichtsabnahme | | | | |
| Aktuelle Größe | 155 cm | | | |
| BMI (kg/m ²) | 23,43 | | | |
| Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme. | | | | |
| Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme: | | | | |
| Feste Speisen müssen geschnitten werden, eigenständiges Essen ist dann möglich. Getränke müssen bereitgestellt werden, eigenständiges Trinken ist dann möglich. Benötigt Motivation zum regelmäßigen Trinken. | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme | | <input checked="" type="checkbox"/> tnz |
| Beschreibung | | |
| <input type="checkbox"/> Magensonde | <input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung | |
| <input type="checkbox"/> PEG-Sonde | <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung | |
| <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde | <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich | |
| | <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich | |
| | <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe | |
| | <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft | |
| | <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus | |
| Nahrung | kcal/24 h | Flussrate ml/h |

| | Flüssigkeit | ml/24 h | Flussrate | ml/h |
|--|---|---------|-----------|------|
| | (Zustand Sonde, Eintrittsstelle, Verband) | | | |
| <input type="checkbox"/> Subkutaner Infusion | | | | |
| <input type="checkbox"/> i.v.-Infusion | | | | |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstigem | | | | |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird bedarfs- und bedürfnisgerecht bei Kontinenzverlust unterstützt. Ggf. vorhandene künstliche Ausgänge werden fachgerecht versorgt.

Informationserfassung

| | |
|--|--|
| Beeinträchtigungen der Harn- und Stuhlkontinenz: | |
| Stuhlinkontinenz, abhängig kompensierte Harninkontinenz. Benötigt personelle Hilfestellung zum Toilettengang, zur Intimhygiene und zum Vorlagenwechsel. Zur Nacht personelle Hilfestellung zum Toilettengang und zum Vorlagenwechsel. | |
| Nutzung von | <input type="checkbox"/> tnz |
| <input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter | |
| <input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten | <input checked="" type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln | |
| <input type="checkbox"/> Stoma | |
| <input type="checkbox"/> Sonstigem | |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird bedarfs- und bedürfnisgerecht bei ihrer Körperpflege unterstützt.

Informationserfassung

| |
|---|
| Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit im Bereich der Körperpflege: |
| Benötigt personelle Hilfestellung zum Waschen am Waschbecken, zur Mund- und Zahnpflege, zur Dusche und zur Nagelpflege. |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

| |
|--|
| Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5 |
| Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen auflisten): |
| <input checked="" type="checkbox"/> Medikamentengabe 2 x tgl |
| Zusammenfassende Einschätzung der Selbstständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen: |
| Aufgrund körperlicher und kognitiver Beeinträchtigung personelle Hilfestellung notwendig. |

2.1 Medikamentöse Therapie

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird im Zusammenhang mit der Medikation fachgerecht unterstützt. Die Einnahme von Medikamenten entspricht den ärztlichen An- bzw. Verordnungen, und die Weiterleitung erforderlicher Informationen an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte ist sichergestellt.

Informationserfassung

| |
|---|
| Informationen zur medikamentösen Therapie der versorgten Person (soweit verfügbar: Medikationsplan, Hinweise auf Neben-/Wechselwirkungen, besondere ärztliche An- bzw. Verordnungen): |
| Medikationsplan |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

2.2 Schmerzmanagement

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

Informationserfassung

| | |
|--|---|
| Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen (einschließlich chronischer Schmerz, der aufgrund der aktuellen Schmerzmedikation abgeklungen ist)? | |
| <input type="checkbox"/> ja, akute Schmerzen <input checked="" type="checkbox"/> ja, chronische Schmerzen <input type="checkbox"/> nein | |
| Lokalisation | rechter Oberschenkel und rechtes Kniegelenk |
| Schmerzintensität | 0 |

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten | |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen | |
| | |
| | |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person | |
| | |
| | |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person | |
| | |
| | |
| | |

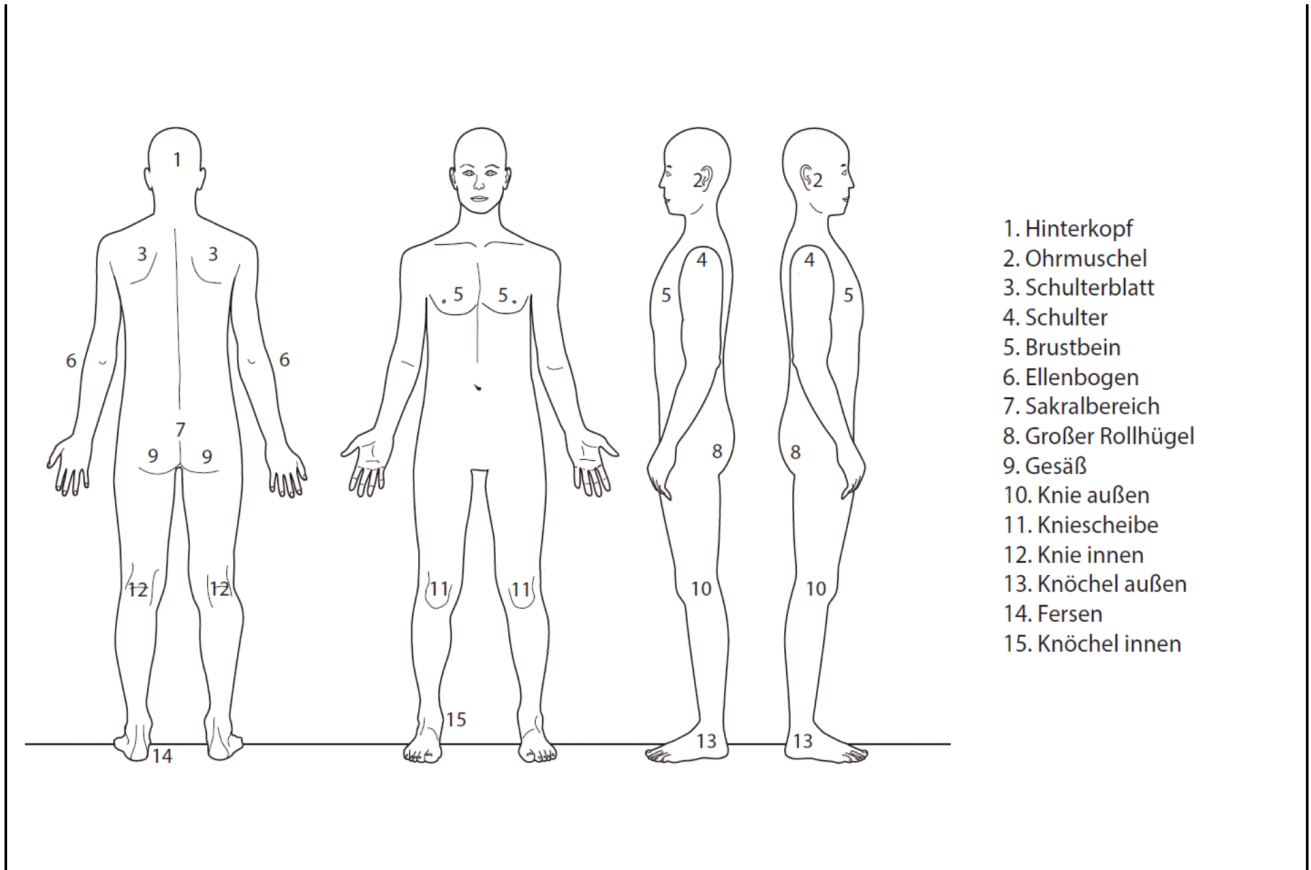
2.3 Wundversorgung

Qualitätsaussage

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

Informationserfassung

| |
|---|
| Beschreibung vorliegender Wunden |
| |



© Lisa Apfelbacher 2016

16. Sonstiges

WUNDE 1

| | | |
|-------------------------|---|---|
| Art | <input checked="" type="radio"/> Dekubitus <input type="radio"/> sonstige chronische Wunde <input type="radio"/> Ulcus Cruris <input type="radio"/> sonstige nicht chronische Wunde <input type="radio"/> Diabetisches Fußsyndrom | |
| a. Größe/Tiefe | 2,0cm H x 2,0cm B x 0,1cm T | |
| b. Ort der Entstehung | <input checked="" type="radio"/> Pflegeeinrichtung <input type="radio"/> nicht nachvollziehbar <input type="radio"/> extern | |
| c. Datum der Entstehung | 05.01.2020 | <input checked="" type="checkbox"/> nicht nachvollziehbar |
| d. Lokalisation | Nummer aus Legende oder Text: 7 | <input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> links |
| e. Kategorie/Stadium | <input type="radio"/> I <input type="radio"/> III <input type="radio"/> a <input checked="" type="radio"/> II <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> b | |
| f. Umgebung | trocken | |
| g. Rand | rosig | |
| h. Exsudat | kein | |
| i. Zustand | fest | |

| | |
|---|---|
| j. Nekrose | keine |
| k. Geruch | <input checked="" type="radio"/> kein <input type="radio"/> übel riechend |
| Verwendete Materialien zur Behandlung (Verbandmaterial, Medikamente) | |
| PC 30 Öl | |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen werden bedarfsgerecht und entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung versorgt.

Informationserfassung

| |
|---|
| Bei der versorgten Person bestehen keine besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen. |
|---|

2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

| |
|---|
| Auffälligkeiten oder Defizite bei der Durchführung weiterer ärztlich angeordneter bzw. verordneter Maßnahmen wurden nicht festgestellt. |
|---|

3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit beeinträchtigter Sinneswahrnehmung werden in ihrem Alltagsleben und bei der Nutzung Hilfsmitteln unterstützt.

Informationserfassung

| |
|---|
| Sehvermögen der versorgten Person bei ausreichender Beleuchtung (auch unter Verwendung von Sehhilfen): |
| |

- nicht eingeschränkt (Gegenstände im Zimmer werden erkannt)
- eingeschränkt (Gegenstände im Zimmer werden nur teilweise oder nicht erkannt)
- stark eingeschränkt (Person sieht nur Schatten / Konturen)
- die versorgte Person ist blind
- Beurteilung ist nicht möglich

Hörvermögen der versorgten Person (auch unter Verwendung eines Hörgerätes):

- nicht eingeschränkt (auch bei Nebengeräuschen kann die versorgte Person einzelne Personen verstehen)
- eingeschränkt (die versorgte Person kann nur ohne Nebengeräusche einzelne Personen verstehen)
- stark eingeschränkt (die versorgte Person kann nur sehr laute Geräusche hören, kein Sprachverständnis)
- die versorgte Person ist gehörlos
- Beurteilung ist nicht möglich

Genutzte Hilfsmittel:

Brille, Hörgerät

Bemerkung:

A) keine Auffälligkeiten

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation

Qualitätsaussage

Die versorgten Personen werden dabei unterstützt, eine ihren Bedürfnissen und Beeinträchtigungen entsprechende Tagesstruktur zu entwickeln und umzusetzen. Der versorgten Person stehen Beschäftigungsmöglichkeiten zur Verfügung, die mit ihren Bedürfnissen in Einklang stehen. Sie wird bei der Nutzung dieser Möglichkeiten unterstützt. Versorgte Personen mit beeinträchtigten kommunikativen Fähigkeiten werden in der Kommunikation, bei der Knüpfung und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte unterstützt.

Informationserfassung

Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte:

- Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen
- Ruhen und Schlafen
- Sich beschäftigen
- In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen
- Interaktion mit Personen im direkten Kontakt
- Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes

| |
|---|
| Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen: |
| Die versorgte Person ist zur Person orientiert. Sie ist zum Ort, zur Zeit und zur Situation eingeschränkt orientiert. Ein Gespräch ist aufgrund der demenziellen Erkrankung mit Einschränkungen möglich. Die versorgte Person kann Gesprächsinhalte stellenweise nicht umsetzen und daher nicht verstehen. Das Gesprochene steht zeitweise nicht im Zusammenhang mit der Situation. |
| Tagesablauf und Aktivitäten im Alltag der versorgten Person (nur zu erfassen bei Personen mit beeinträchtigter Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte): |
| Benötigt Hilfestellung zur individuellen Gestaltung des Tagesablaufes und zur Beschäftigung. Die versorgte Person bekommt Einzel- und Gruppenangebote zur sozialen Betreuung angeboten. Sie erhält Unterstützung zur Gestaltung des individuellen Tagesablaufes. |
| Bemerkung: |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

3.3 Nächtliche Versorgung

Qualitätsaussage

Die Einrichtung leistet auch in der Nacht eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung.

Informationserfassung

| |
|--|
| Nächtlicher Unterstützungsbedarf: |
| Zur Nacht personelle Hilfestellung zum Toilettengang und zum Vorlagenwechsel. Die versorgte Person muss regelmäßig zu Positionsveränderungen im Liegen motiviert werden. |
| Bemerkung: |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

4.1 Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wurde während der Eingewöhnung in die neue Lebensumgebung zielgerichtet unterstützt.

| |
|---|
| Einzugsdatum: 16.03.2018 |
| Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf): |
| Anpassung der Unterstützung während der ersten 8 Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf): |
| |

4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

Qualitätsaussage

Die Pflegeeinrichtung leistet im Rahmen ihrer Möglichkeiten einen Beitrag, im Falle notwendiger Krankenhausaufenthalte die Versorgungskontinuität sicherzustellen und Belastungen der versorgten Person im Krankenhaus zu vermeiden.

Informationserfassung

(nur auszufüllen bei versorgten Personen mit Krankenhausaufenthalt in den letzten sechs Monaten)

| |
|---|
| Die versorgte Person wurde innerhalb der letzten 6 Monate nicht in einem Krankenhaus behandelt. |
|---|

4.3 Unterstützung von versorgten Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten und psychischen Problemlagen

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten erhalten eine ihren Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen entsprechende Unterstützung

Informationserfassung

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:

| |
|--|
| Bei der versorgten Person liegen keine psychische Problemlagen oder herausfordernd erlebtes Verhalten vor. |
|--|

4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Qualitätsaussage

Der Einsatz von Gurtfixierungen, Bettseitenteilen und anderen Fixierungen wird soweit wie möglich vermieden; im Falle eines Einsatzes werden die jeweils relevanten fachlichen Anforderungen beachtet.

Informationserfassung

| |
|--|
| Bei der versorgten Person wurden aktuell oder in den letzten vier Wochen keine freiheitsentziehenden Maßnahmen eingesetzt. |
|--|

Prüfung bei der versorgten Person- Allgemeine Angaben

P8

| | | | | | |
|--------------------------|------------|---------------|-------|-----------------------|--|
| A Auftragsnummer: | | 102100-194979 | | | |
| Datum | 05.03.2020 | Uhrzeit | 09:14 | Nummer Prüfbogen A | |

| | |
|---|--|
| B Angaben zur versorgten Person | |
| 1. Name | P8 |
| 2. Pflegekasse | Barmer GEK |
| 3. Pflege- / Wohnbereich | . |
| 4. Geburtsdatum | 1925 |
| 5. Alter in Jahren | 94 |
| 6. Einzugsdatum | 09.2019 |
| 7. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung | Herzinsuffizienz, arterielle Hypertonie, Apraxie, Gangstörung |
| 8. Personenbezogener Code (soweit vorhanden) | |
| 9. Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung | <input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein |
| 10. Pflegegrad <input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 4 | |
| 11. <input type="radio"/> versorgte Person aus der Subgruppe A (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) <input type="radio"/> versorgte Person aus der Subgruppe B (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) <input type="radio"/> versorgte Person aus der Subgruppe C (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) | |
| | ja nein |
| 12. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person) | <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 13. Vorhandene Unterlagen | Pflegedokumentation |
| 14. Kurzzeitpflegegast | <input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein |

Die versorgte Person war keiner Subgruppe zugeordnet.

| C Anwesende Personen | |
|---|---------------|
| 1. Name der Gutachterin oder des Gutachters | Thomas Kaleja |
| 2. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung | M1 M2 |
| 3. Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung Qualitätsmanagementbeauftragte/ Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin verantwortliche Pflegefachkraft und Einrichtungsleitung/ Altenpflegerin | |
| 4. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer) | keine |

Bereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

Qualitätsaussage

Die versorgte Person erhält bedarfsgerechte Unterstützung im Bereich der Mobilität und – sofern noch individuelle Ressourcen vorhanden sind und es ihren Bedürfnissen entspricht – zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität.

Informationserfassung

| 1. Beeinträchtigungen (bitte ankreuzen) | |
|--|---|
| | Erläuterungen |
| <input checked="" type="checkbox"/> Aufstehen | Die versorgte Person benötigt beim Aufstehen personelle Unterstützung durch die Pflegekräfte. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance | Die versorgte Person kann mit Festhalten kurze Zeit stehen und einen eigenständigen Transfer in den Rollstuhl durchführen. Sie kann ihren Rollstuhl über kurze Strecken eigenständig fortbewegen. Bei längeren Strecken außerhalb der Einrichtung wird sie geschoben. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Treppensteigen | Die versorgte Person kann keine Treppen steigen. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Beweglichkeit der Extremitäten | Die versorgte Person hat Bewegungseinschränkungen in ihrem rechten Schultergelenk. Sie kann ihren rechten Arm nur bis auf Schulterhöhe anheben. Die versorgte Person führt aus, dass die Einschränkung von massiver Belastung im früheren Berufsleben kommt. Der Nackengriff gelingt der versorgten Person nicht. Sie kann mit Mühe bis an ihre Ohren fassen. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kraft | Die Körperkraft ist insgesamt reduziert. |
| 2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung | |
| <input type="checkbox"/> druckverteilende Matratze / Kissen <input type="checkbox"/> Pflegesessel <input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Multifunktionsrollstuhl <input checked="" type="checkbox"/> Rollstuhl | |
| Urinflasche, Sensormatte | |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird bedarfs- und bedürfnisgerecht ernährt. Eine ausreichende Flüssigkeitsaufnahme ist sichergestellt.

Informationserfassung

| | | | | |
|--|--------|---------|----------------|----------------|
| Gewicht | | aktuell | vor ca. 3 Mon. | vor ca. 6 Mon. |
| | kg | 76,70 | | |
| Hinweise auf eine Gewichtsabnahme | | | | |
| Aktuelle Größe | 168 cm | | | |
| BMI (kg/m ²) | 27,18 | | | |
| Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme. | | | | |
| Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme: | | | | |
| Aufgrund körperlicher Einschränkungen benötigt die versorgte Person Unterstützung. Die Mahlzeiten werden bereitgestellt. | | | | |

| | | | |
|---|---|---|----------------|
| Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme | | <input checked="" type="checkbox"/> tnz | |
| | Beschreibung | | |
| <input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde | <input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus | | |
| | Nahrung | kcal/24 h | Flussrate ml/h |
| | Flüssigkeit | ml/24 h | Flussrate ml/h |
| | (Zustand Sonde, Eintrittsstelle, Verband) | | |
| <input type="checkbox"/> Subkutaner Infusion | | | |
| <input type="checkbox"/> i.v.-Infusion | | | |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln | | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstigem | | | |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird bedarfs- und bedürfnisgerecht bei Kontinenzverlust unterstützt. Ggf. vorhandene künstliche Ausgänge werden fachgerecht versorgt.

Informationserfassung

| | |
|--|--|
| Beeinträchtigungen der Harn- und Stuhlkontinenz: | |
| Aufgrund körperlicher Einschränkungen benötigt die versorgte Person Unterstützung. | |
| Nutzung von | <input type="checkbox"/> tnz |
| <input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter | |
| <input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten | <input checked="" type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen |
| <input checked="" type="checkbox"/> Hilfsmitteln | |
| <input type="checkbox"/> Stoma | |
| <input type="checkbox"/> Sonstigem | |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird bedarfs- und bedürfnisgerecht bei ihrer Körperpflege unterstützt.

Informationserfassung

| |
|--|
| Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit im Bereich der Körperpflege: |
| Aufgrund körperlicher Einschränkungen benötigt die versorgte Person Unterstützung. |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

| |
|---|
| Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5 |
| Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen) |

| |
|--|
| aufführen): |
| <input checked="" type="checkbox"/> Medikamentengabe dreimal täglich |
| Zusammenfassende Einschätzung der Selbstständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen: |
| Aufgrund körperlicher Einschränkungen benötigt die versorgte Person Unterstützung. |
| |

2.1 Medikamentöse Therapie

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird im Zusammenhang mit der Medikation fachgerecht unterstützt. Die Einnahme von Medikamenten entspricht den ärztlichen An- bzw. Verordnungen, und die Weiterleitung erforderlicher Informationen an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte ist sichergestellt.

Informationserfassung

| |
|---|
| Informationen zur medikamentösen Therapie der versorgten Person (soweit verfügbar: Medikationsplan, Hinweise auf Neben-/Wechselwirkungen, besondere ärztliche An- bzw. Verordnungen): |
| Medikamentenplan |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

2.2 Schmerzmanagement

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

Informationserfassung

| | |
|--|----------------------|
| Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen (einschließlich chronischer Schmerz, der aufgrund der aktuellen Schmerzmedikation abgeklungen ist)? | |
| <input type="checkbox"/> ja, akute Schmerzen | |
| <input checked="" type="checkbox"/> ja, chronische Schmerzen | |
| <input type="checkbox"/> nein | |
| Lokalisation | rechte Wade abwärts |
| Schmerzintensität | erträglicher Schmerz |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| |

| |
|--|
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| |
| |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |
| |
| |
| |

2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen werden bedarfsgerecht und entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung versorgt.

Informationserfassung

Bei der versorgten Person bestehen keine besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen.

2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

Auffälligkeiten oder Defizite bei der Durchführung weiterer ärztlich angeordneter bzw. verordneter Maßnahmen wurden nicht festgestellt.

3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit beeinträchtigter Sinneswahrnehmung werden in ihrem Alltagsleben und bei der Nutzung Hilfsmitteln unterstützt.

Informationserfassung

Sehvermögen der versorgten Person bei ausreichender Beleuchtung (auch unter Verwendung von Sehhilfen):

- nicht eingeschränkt (Gegenstände im Zimmer werden erkannt)
- eingeschränkt (Gegenstände im Zimmer werden nur teilweise oder nicht erkannt)
- stark eingeschränkt (Person sieht nur Schatten / Konturen)
- die versorgte Person ist blind
- Beurteilung ist nicht möglich

Hörvermögen der versorgten Person (auch unter Verwendung eines Hörgerätes):

- nicht eingeschränkt (auch bei Nebengeräuschen kann die versorgte Person einzelne Personen verstehen)
- eingeschränkt (die versorgte Person kann nur ohne Nebengeräusche einzelne Personen verstehen)
- stark eingeschränkt (die versorgte Person kann nur sehr laute Geräusche hören, kein Sprachverständnis)

| |
|--|
| <input type="radio"/> die versorgte Person ist gehörlos <input type="radio"/> Beurteilung ist nicht möglich |
| Kein Unterstützungsbedarf bei der Nutzung von Hilfsmitteln. |
| Genutzte Hilfsmittel: |
| Brille |
| Bemerkung: |
| |

3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation

Qualitätsaussage

Die versorgten Personen werden dabei unterstützt, eine ihren Bedürfnissen und Beeinträchtigungen entsprechende Tagesstruktur zu entwickeln und umzusetzen. Der versorgten Person stehen Beschäftigungsmöglichkeiten zur Verfügung, die mit ihren Bedürfnissen in Einklang stehen. Sie wird bei der Nutzung dieser Möglichkeiten unterstützt. Versorgte Personen mit beeinträchtigten kommunikativen Fähigkeiten werden in der Kommunikation, bei der Knüpfung und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte unterstützt.

Informationserfassung

| |
|---|
| Bei der versorgten Person liegt kein Bedarf an Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung oder Kommunikation vor. |
|---|

3.3 Nächtliche Versorgung

Qualitätsaussage

Die Einrichtung leistet auch in der Nacht eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung.

Informationserfassung

| |
|--|
| Nächtlicher Unterstützungsbedarf: |
| Begleitung zur Toilette, Unterstützung beim Wechsel des Inkontinenzmaterials bei Bedarf |
| |
| Bemerkung: |
| |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

4.1 Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
|--|

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

Qualitätsaussage

Die Pflegeeinrichtung leistet im Rahmen ihrer Möglichkeiten einen Beitrag, im Falle notwendiger Krankenhausaufenthalte die Versorgungskontinuität sicherzustellen und Belastungen der versorgten Person im Krankenhaus zu vermeiden.

Informationserfassung

(nur auszufüllen bei versorgten Personen mit Krankenhausaufenthalt in den letzten sechs Monaten)

Die versorgte Person wurde innerhalb der letzten 6 Monate nicht in einem Krankenhaus behandelt.

4.3 Unterstützung von versorgten Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten und psychischen Problemlagen

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten erhalten eine ihren Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen entsprechende Unterstützung

Informationserfassung

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:

Bei der versorgten Person liegen keine psychische Problemlagen oder herausfordernd erlebtes Verhalten vor.

4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Qualitätsaussage

Der Einsatz von Gurtfixierungen, Bettseitenteilen und anderen Fixierungen wird soweit wie möglich vermieden; im Falle eines Einsatzes werden die jeweils relevanten fachlichen Anforderungen beachtet.

Informationserfassung

Bei der versorgten Person wurden aktuell oder in den letzten vier Wochen keine freiheitsentziehenden Maßnahmen eingesetzt.

Prüfung bei der versorgten Person– Allgemeine Angaben

P9

| | | | | | |
|--------------------------|------------|---------------|-------|------------------|---|
| A Auftragsnummer: | | 102100-194979 | | | |
| Datum | 05.03.2020 | Uhrzeit | 09:20 | Nummer Prüfbogen | A |

| | |
|---|--|
| B Angaben zur versorgten Person | |
| 1. Name | P9 |
| 2. Pflegekasse | Barmer GEK |
| 3. Pflege- / Wohnbereich | . |
| 4. Geburtsdatum | 1931 |
| 5. Alter in Jahren | 88 |
| 6. Einzugsdatum | 06.2019 |
| 7. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung | Demenz |
| 8. Personenbezogener Code (soweit vorhanden) | |
| 9. Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung | <input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein |
| 10. Pflegegrad <input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 4 | |
| 11. <input type="radio"/> versorgte Person aus der Subgruppe A (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) <input type="radio"/> versorgte Person aus der Subgruppe B (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) <input type="radio"/> versorgte Person aus der Subgruppe C (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) | |
| | ja nein |
| 12. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person) | <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 13. Vorhandene Unterlagen | Pflegedokumentation |
| 14. Kurzzeitpflegegast | <input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein |

Die versorgte Person war keiner Subgruppe zugeordnet.

| | |
|---|---------------------|
| C Anwesende Personen | |
| 1. Name der Gutachterin oder des Gutachters | Thorsten Hochholzer |
| 2. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung | M1 M2 |
| 3. Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung Altenpflegerin stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft/ Altenpfleger | |
| 4. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer) | Ehepartner |

Bereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

Qualitätsaussage

Die versorgte Person erhält bedarfsgerechte Unterstützung im Bereich der Mobilität und – sofern noch individuelle Ressourcen vorhanden sind und es ihren Bedürfnissen entspricht – zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität.

Informationserfassung

| | |
|---|--|
| 1. Beeinträchtigungen (bitte ankreuzen) | |
| | Erläuterungen |
| <input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance | mit einem Rollator eigenständig möglich |
| <input checked="" type="checkbox"/> Treppensteigen | personelle Hilfestellung notwendig |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kraft | reduziert |
| 2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung | |
| <input type="checkbox"/> druckverteilende Matratze / Kissen | <input type="checkbox"/> Pflegesessel |
| <input type="checkbox"/> Gehstock | <input checked="" type="checkbox"/> Rollator |
| <input type="checkbox"/> Multifunktionsrollstuhl | <input type="checkbox"/> Rollstuhl |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird bedarfs- und bedürfnisgerecht ernährt. Eine ausreichende Flüssigkeitsaufnahme ist sichergestellt.

Informationserfassung

| | | | | |
|---------|--|---------|----------------|----------------|
| Gewicht | | aktuell | vor ca. 3 Mon. | vor ca. 6 Mon. |
| | | | | |

| | | | | |
|---|----|--------|--|--|
| | kg | 60,60 | | |
| Hinweise auf eine Gewichtsabnahme | | | | |
| Aktuelle Größe | | 156 cm | | |
| BMI (kg/m ²) | | 24,9 | | |
| Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme. | | | | |
| Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme: | | | | |
| Bei der versorgten Person sind keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme vorhanden. | | | | |

| | | | |
|---|---|---|----------------|
| Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme | | <input checked="" type="checkbox"/> tnz | |
| | Beschreibung | | |
| <input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde | <input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung | | |
| | <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung | | |
| | <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich | | |
| | <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich | | |
| | <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe | | |
| | <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft | | |
| | <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus | | |
| | Nahrung | kcal/24 h | Flussrate ml/h |
| | Flüssigkeit | ml/24 h | Flussrate ml/h |
| | (Zustand Sonde, Eintrittsstelle, Verband) | | |
| <input type="checkbox"/> Subkutaner Infusion | | | |
| <input type="checkbox"/> i.v.-Infusion | | | |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln | | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstigem | | | |

1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird bedarfs- und bedürfnisgerecht bei Kontinenzverlust unterstützt. Ggf. vorhandene künstliche Ausgänge werden fachgerecht versorgt.

Informationserfassung

| | |
|--|---|
| Beeinträchtigungen der Harn- und Stuhlkontinenz: | |
| Die versorgte Person hat einen Anus praeter, zur Versorgung des Anus praeter ist personelle Hilfestellung notwendig. | |
| Urinkontinenz | |
| Nutzung von | <input checked="" type="checkbox"/> tnz |
| <input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter | |
| <input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter | |

| | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten | <input type="checkbox"/> offen | <input type="checkbox"/> geschlossen |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln | | |
| <input type="checkbox"/> Stoma | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstigem | | |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird bedarfs- und bedürfnisgerecht bei ihrer Körperpflege unterstützt.

Informationserfassung

| |
|---|
| Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit im Bereich der Körperpflege: |
| Benötigt personelle Hilfestellung zum Waschen am Waschbecken, zur Mund- und Zahnpflege, zur Dusche und zur Nagelpflege. |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

| |
|--|
| Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5 |
| Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen auflisten): |
| <input checked="" type="checkbox"/> Medikamentengabe 3 x tgl |
| Zusammenfassende Einschätzung der Selbstständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen: |
| Aufgrund körperlicher Beeinträchtigung personelle Hilfestellung notwendig. |

2.1 Medikamentöse Therapie

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird im Zusammenhang mit der Medikation fachgerecht unterstützt. Die Einnahme von Medikamenten entspricht den ärztlichen An- bzw. Verordnungen, und die Weiterleitung erforderlicher Informationen an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte ist sichergestellt.

Informationserfassung

| |
|---|
| Informationen zur medikamentösen Therapie der versorgten Person (soweit verfügbar: Medikationsplan, Hinweise auf Neben-/Wechselwirkungen, besondere ärztliche An- bzw. Verordnungen): |
| Medikationsplan |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

2.2 Schmerzmanagement

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

Informationserfassung

| | |
|--|--|
| Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen (einschließlich chronischer Schmerz, der aufgrund der aktuellen Schmerzmedikation abgeklungen ist)? | |
| <input type="checkbox"/> ja, akute Schmerzen <input checked="" type="checkbox"/> ja, chronische Schmerzen <input type="checkbox"/> nein | |
| Lokalisation | rechtes Hüftgelenk, rechter Oberschenkel |
| Schmerzintensität | 2 |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen werden bedarfsgerecht und entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung versorgt.

Informationserfassung

| |
|--|
| |
|--|

| |
|---|
| Vorgefundener medizinisch-pflegerischer Bedarf, zu dem eine ärztliche An- bzw. Verordnung vorliegt: |
| <input type="checkbox"/> Absaugen <input type="checkbox"/> Versorgung mit Beatmungsgerät <input type="checkbox"/> Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose <input type="checkbox"/> Versorgung von Drainagen <input type="checkbox"/> Versorgung mit einem suprapubischen Katheter <input type="checkbox"/> Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) <input checked="" type="checkbox"/> Versorgung mit Colo-/Ileo-/Uro- oder sonstigem Stoma <input type="checkbox"/> Versorgung mit einer Trachealkanüle <input type="checkbox"/> Versorgung mit einem zentralen Venenkatheter |
| |
| |
| Besondere ärztliche Anordnungen zu den oben genannten Bedarfslagen: |
| Der Anus praeter wird, nach ärztlicher Verordnung, bei Bedarf versorgt. |
| Bemerkung: |

| |
|--|
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

| |
|---|
| Auffälligkeiten oder Defizite bei der Durchführung weiterer ärztlich angeordneter bzw. verordneter Maßnahmen wurden nicht festgestellt. |
|---|

3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit beeinträchtigter Sinneswahrnehmung werden in ihrem Alltagsleben und bei der Nutzung Hilfsmitteln unterstützt.

Informationserfassung

| |
|---|
| Sehvermögen der versorgten Person bei ausreichender Beleuchtung (auch unter Verwendung von Sehhilfen): |
| <input checked="" type="radio"/> nicht eingeschränkt (Gegenstände im Zimmer werden erkannt) <input type="radio"/> eingeschränkt (Gegenstände im Zimmer werden nur teilweise oder nicht erkannt) <input type="radio"/> stark eingeschränkt (Person sieht nur Schatten / Konturen) <input type="radio"/> die versorgte Person ist blind <input type="radio"/> Beurteilung ist nicht möglich |
| |
| |
| Hörvermögen der versorgten Person (auch unter Verwendung eines Hörgerätes): |
| <input checked="" type="radio"/> nicht eingeschränkt (auch bei Nebengeräuschen kann die versorgte Person einzelne Personen verstehen) |

- eingeschränkt (die versorgte Person kann nur ohne Nebengeräusche einzelne Personen verstehen)
- stark eingeschränkt (die versorgte Person kann nur sehr laute Geräusche hören, kein Sprachverständnis)
- die versorgte Person ist gehörlos
- Beurteilung ist nicht möglich

Kein Unterstützungsbedarf bei der Nutzung von Hilfsmitteln.

Genutzte Hilfsmittel:

Brille

Bemerkung:

3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation

Qualitätsaussage

Die versorgten Personen werden dabei unterstützt, eine ihren Bedürfnissen und Beeinträchtigungen entsprechende Tagesstruktur zu entwickeln und umzusetzen. Der versorgten Person stehen Beschäftigungsmöglichkeiten zur Verfügung, die mit ihren Bedürfnissen in Einklang stehen. Sie wird bei der Nutzung dieser Möglichkeiten unterstützt. Versorgte Personen mit beeinträchtigten kommunikativen Fähigkeiten werden in der Kommunikation, bei der Knüpfung und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte unterstützt.

Informationserfassung

| |
|--|
| Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte: |
| <input checked="" type="checkbox"/> Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen <input type="checkbox"/> Ruhen und Schlafen <input checked="" type="checkbox"/> Sich beschäftigen <input type="checkbox"/> In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen <input type="checkbox"/> Interaktion mit Personen im direkten Kontakt <input type="checkbox"/> Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes |
| Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen: |
| Die versorgte Person ist zur Person, zum Ort, zur Zeit und zur Situation orientiert. Ein Gespräch ist ohne Einschränkungen möglich. |
| Tagesablauf und Aktivitäten im Alltag der versorgten Person (nur zu erfassen bei Personen mit beeinträchtigter Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte): |
| Benötigt Hilfestellung zur individuellen Gestaltung des Tagesablaufes und zur Beschäftigung. Die versorgte Person bekommt Einzel- und Gruppenangebote zur sozialen Betreuung angeboten. Sie erhält Unterstützung zur Gestaltung des individuellen Tagesablaufes. |
| Bemerkung: |
| A) <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten |

- B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
- C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
- D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

3.3 Nächtliche Versorgung

Qualitätsaussage

Die Einrichtung leistet auch in der Nacht eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung.

Informationserfassung

| |
|---|
| Nächtlicher Unterstützungsbedarf: |
| Die versorgte Person benötigt zur Nacht personelle Hilfestellung zur Versorgung des Anus praeter. |
| Bemerkung: |
| |

- A) keine Auffälligkeiten
- B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
- C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
- D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

4.1 Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug

- A) keine Auffälligkeiten
- B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
- C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
- D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

Qualitätsaussage

Die Pflegeeinrichtung leistet im Rahmen ihrer Möglichkeiten einen Beitrag, im Falle notwendiger Krankenhausaufenthalte die Versorgungskontinuität sicherzustellen und Belastungen der versorgten Person im Krankenhaus zu vermeiden.

Informationserfassung

(nur auszufüllen bei versorgten Personen mit Krankenhausaufenthalt in den letzten sechs Monaten)

| |
|---|
| Die versorgte Person wurde innerhalb der letzten 6 Monate nicht in einem Krankenhaus behandelt. |
|---|

4.3 Unterstützung von versorgten Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten und psychischen Problemlagen

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten erhalten eine ihren Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen entsprechende Unterstützung

Informationserfassung

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:

| |
|--|
| Bei der versorgten Person liegen keine psychische Problemlagen oder herausfordernd erlebtes Verhalten vor. |
|--|

4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Qualitätsaussage

Der Einsatz von Gurtfixierungen, Bettseitenteilen und anderen Fixierungen wird soweit wie möglich vermieden; im Falle eines Einsatzes werden die jeweils relevanten fachlichen Anforderungen beachtet.

Informationserfassung

| |
|--|
| Bei der versorgten Person wurden aktuell oder in den letzten vier Wochen keine freiheitsentziehenden Maßnahmen eingesetzt. |
|--|

Gesamtergebnis der Plausibilitätskontrolle

| | |
|--|--|
| Auffälligkeiten im Erhebungsreport | |
| Anzahl der einbezogenen Personen: 0 | |
| <input type="radio"/> keine Auffälligkeiten | <input type="radio"/> kritischer Bereich |
| <input type="radio"/> Auffälligkeiten festgestellt | <input checked="" type="radio"/> Prüfung Erhebungsreport nicht möglich |
| Anzahl der Auffälligkeiten: 0 | |
| Erläuterungen: | |
| | |

| | |
|--|--|
| Angaben zur Mobilität (1.1) | |
| <input type="radio"/> keine Auffälligkeiten | <input type="radio"/> kritischer Bereich |
| <input type="radio"/> Auffälligkeiten festgestellt | <input checked="" type="radio"/> Plausibilität wurde nicht geprüft |
| Erläuterungen: | |
| | |

| | |
|--|--|
| Angaben zu gravierenden Sturzfolgen (1.1) | |
| <input type="radio"/> keine Auffälligkeiten | <input type="radio"/> kritischer Bereich |
| <input type="radio"/> Auffälligkeiten festgestellt | <input checked="" type="radio"/> Plausibilität wurde nicht geprüft |
| Erläuterungen: | |
| | |

| | |
|---|--|
| Angaben zu Gewichtsverlust und zu den Faktoren, die das Gewicht beeinflussen (1.2) | |
| <input type="radio"/> keine Auffälligkeiten | <input type="radio"/> kritischer Bereich |
| <input type="radio"/> Auffälligkeiten festgestellt | <input checked="" type="radio"/> Plausibilität wurde nicht geprüft |
| Erläuterungen: | |
| | |

| | |
|---|--|
| Angaben zur Selbstständigkeit bei der Selbstversorgung (1.4) | |
| <input type="radio"/> keine Auffälligkeiten | <input type="radio"/> kritischer Bereich |
| <input type="radio"/> Auffälligkeiten festgestellt | <input checked="" type="radio"/> Plausibilität wurde nicht geprüft |
| Erläuterungen: | |
| | |

| | |
|--|--|
| Angaben zum Thema Schmerz (2.2) | |
| <input type="radio"/> keine Auffälligkeiten | <input type="radio"/> kritischer Bereich |
| <input type="radio"/> Auffälligkeiten festgestellt | <input checked="" type="radio"/> Plausibilität wurde nicht geprüft |
| Erläuterungen: | |
| | |

| | |
|--|--|
| Angaben zur Dekubitusentstehung (2.3) | |
| <input type="radio"/> keine Auffälligkeiten | <input type="radio"/> kritischer Bereich |
| <input type="radio"/> Auffälligkeiten festgestellt | <input checked="" type="radio"/> Plausibilität wurde nicht geprüft |
| Erläuterungen: | |
| | |

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| |
|---|
| Angaben zur Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte (3.2) |
|---|

| | |
|--|--|
| <input type="radio"/> keine Auffälligkeiten | <input type="radio"/> kritischer Bereich |
| <input type="radio"/> Auffälligkeiten festgestellt | <input checked="" type="radio"/> Plausibilität wurde nicht geprüft |
| Erläuterungen: | |
| | |

| |
|---|
| Angaben zu den kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (3.2) |
|---|

| | |
|--|--|
| <input type="radio"/> keine Auffälligkeiten | <input type="radio"/> kritischer Bereich |
| <input type="radio"/> Auffälligkeiten festgestellt | <input checked="" type="radio"/> Plausibilität wurde nicht geprüft |
| Erläuterungen: | |
| | |

| |
|--|
| Angaben zum Heimeinzug und zur Durchführung eines Integrationsgesprächs (4.1) |
|--|

| | |
|--|--|
| <input type="radio"/> keine Auffälligkeiten | <input type="radio"/> kritischer Bereich |
| <input type="radio"/> Auffälligkeiten festgestellt | <input checked="" type="radio"/> Plausibilität wurde nicht geprüft |
| Erläuterungen: | |
| | |

| |
|---|
| Angaben zu Krankenhausaufenthalten (4.2) |
|---|

| | |
|--|--|
| <input type="radio"/> keine Auffälligkeiten | <input type="radio"/> kritischer Bereich |
| <input type="radio"/> Auffälligkeiten festgestellt | <input checked="" type="radio"/> Plausibilität wurde nicht geprüft |
| Erläuterungen: | |
| | |

| |
|---|
| Angaben zur Anwendung von Gurten (4.4) |
|---|

| | |
|--|--|
| <input type="radio"/> keine Auffälligkeiten | <input type="radio"/> kritischer Bereich |
| <input type="radio"/> Auffälligkeiten festgestellt | <input checked="" type="radio"/> Plausibilität wurde nicht geprüft |
| Erläuterungen: | |
| | |

| |
|---|
| Angaben zur Anwendung von Bettseitenteilen (4.4) |
|---|

| | |
|--|--|
| <input type="radio"/> keine Auffälligkeiten | <input type="radio"/> kritischer Bereich |
| <input type="radio"/> Auffälligkeiten festgestellt | <input checked="" type="radio"/> Plausibilität wurde nicht geprüft |
| Erläuterungen: | |
| | |

| |
|-----------------------------|
| Sonstige Anmerkungen |
|-----------------------------|

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |

