



**Medizinischer Dienst
Baden-Württemberg**

Ahornweg 2
77933 Lahr/Schwarzwald

www.md-bw.de

Vorstandsvorsitzender
Erik Scherb

Vorsitzende des Verwaltungsrates
Irene Gözl <> Hubert Seiter

Medizinischer Dienst BW, Ahornweg 2, 77933 Lahr/Schwarzwald

Prüfbericht nach §§ 114 ff SGB XI

Auftragsnummer 210813VT18102100-000206275

Tagespflege Waldhäusle

Hohenzollernstr. 3

88639 Wald

Datum der Prüfung: 13.08.2021

Prüfer: Irene Baumann
Pflegefachkraft

Ellen Krinke
Pflegefachkraft
Auditor

Prüfmaßstab

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

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

Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der teilstationären Pflege (Tagespflege) vom 18.02.2020

Expertenstandards nach § 113 a SGB XI

Rahmenvertrag über die teilstationäre Pflege gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI

Versorgungsvertrag für teilstationäre Pflege nach § 72 SGB XI

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

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

1. Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

1.1 Auftragsnummer:	210813VT18102100-000206275
1.2 Daten zur Einrichtung	
a. Name	Tagespflege Waldhäusle
b. Straße	Hohenzollernstr. 3
c. PLZ/Ort	88639 Wald
d. Institutskennzeichen (IK)	510805229
e. Telefon	07578 9334244
f. Fax	07578 9337356
g. E-Mail	sarah.kersten@vinzenz-sd.de
h. Internet-Adresse	www.vinzenz-von-paul.de
i. Träger/Inhaber	Vinzenz Pflege GgmbH Hohenzollernstr. 3 88369 Wald
j. Trägerart <input type="radio"/> privat <input type="radio"/> öffentlich <input checked="" type="radio"/> freigemeinnützig <input type="radio"/> nicht zu ermitteln	
k. ggf. Verband	Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e. V.
l. Einrichtungsart	<input type="radio"/> Stationär <input checked="" type="radio"/> Teilstationär <input type="radio"/> Kurzzeitpflege
m. Datum Abschluss Versorgungsvertrag	17.02.2020
n. Datum Inbetriebnahme der stationären Pflegeeinrichtung	17.02.2020
o. Heimleitung Name	
p. Verantw. PFK Name	Sarah Luise Kersten
q. Stellv. verantw. PFK	Karin Baur
r. ggf. vorhandene Zweigstellen/Filialen	

s. Zertifizierung	<input type="radio"/> liegt vor <input checked="" type="radio"/> liegt nicht vor
t. Name des Ansprechpartners für die DCS	nomail@itsg.de
u. E-Mailadresse des Ansprechpartners für die DCS	tpwald@vinzenz-sd.de
v. Rufnummer des Ansprechpartners für die DCS	07578 9334244
w. Faxnummer des Ansprechpartners für die DCS	07578 9337356

1.3 Daten zur Prüfung		
a. Auftraggeber	Verband AOK/BKK/IKK/LKK/vdek/Bukna	
Zuständiger Landesverband der Pflegekassen	<input type="radio"/> AOK <input checked="" type="radio"/> IKK <input type="radio"/> LKK <input type="radio"/> BKK <input type="radio"/> KBS <input type="radio"/> vdek	
b. Prüfung durch	Medizinischer Dienst	
c. Datum (TT.MM.JJJJ)	13.08.2021	13.08.2021
	von TT.MM.JJ	von TT.MM.JJ
d. Uhrzeit	09:00	11:30
1. Tag	von	bis
2. Tag	von	bis
3. Tag	von	bis
e. Gesprächspartner der stationären Pflegeeinrichtung	Sarah Kersten Karin Baur Christina Mack Juliane Batteux	
f. Prüfende(r) Gutachter	Irene Baumann Ellen Krinke	
g. An der Prüfung Beteiligte	Namen:	
<input checked="" type="checkbox"/> Keine		
<input type="checkbox"/> Pflegekasse		
<input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger		
<input type="checkbox"/> Nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehore		
<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt		
<input type="checkbox"/> Tragerverband		
<input type="checkbox"/> Sonstige: welche?		
h. Ansprechpartner des Medizinischen Dienstes / PKV-Prufdiensts für die DCS	Name Anne Buck E-Mailadresse helene_anne.buck@md-bw.de	

1.4 Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI	
a. <input checked="" type="radio"/> Regelprüfung b. <input type="radio"/> Anlassprufung (Beschwerde Pflegebedürftige, Angehörige o.ä.) <input type="radio"/> Anlassprufung (Hinweise von anderen Institutionen) <input type="radio"/> Anlassprufung (sonstige Hinweise) <input type="radio"/> Wiederholungsprüfung c. <input type="radio"/> nach Regelprüfung <input type="radio"/> nach Anlassprufung	
d. <input type="checkbox"/> nächtliche Prüfung	
e. Datum der letzten Prüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI	TT.MM.JJJJ
f. Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen	<input type="checkbox"/> Nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehore
	<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt
	<input type="checkbox"/> Sonstige
	<input checked="" type="checkbox"/> keine Angaben

M/Info					
1.5 Art der Einrichtung und Versorgungssituation					
	Vollstationäre Pflege	Kurzzeitpflege	Teilstationäre Pflege - Tag	Teilstationäre Pflege - Nacht	ggf. Bewohner im Schwerpunkt
vorgehaltene Plätze	0	0	15	0	0
belegte Plätze	0	0	4	0	0
davon vorgehaltene Plätze nach Organisationsform					
angegliedert	0	0	0	0	0
eingestreut	0	0	0	0	0
solitär	0	15	0	0	0

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

Tagespflege Waldhäusle

	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein								
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	0	0	0	0	0	0	0	0
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	0	0	0	0	0	0	0	0
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	0	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt:		4	0	0	0	2	2	0	0

1.7 Nach Angabe der stationären Pflegeeinrichtung Anzahl Bewohner mit:	
a. Wachkoma	0
b. Beatmungspflicht	0
c. Dekubitus	0
d. Blasenkatheter	1
e. PEG-Sonde	0
f. Fixierung	0
g. Kontraktur	0
h. vollständiger Immobilität	0
i. Tracheostoma	0
j. MRSA	0
1.8 Ist ein pflegfachlicher Schwerpunkt vereinbart?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein

	ja	nein	tnz
1.9 Wenn schwerpunktmäßig besondere Personengruppen versorgt werden: Werden die diesbezüglichen Anforderungen erfüllt?	<input checked="" type="checkbox"/> t.n.z.		

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

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

2. Zusammenfassende Beurteilung

Die erforderliche Stichprobengröße konnte nicht erreicht werden, weil nicht alle Tagesgäste / gesetzliche Betreuer ihr Einverständnis zur Einbeziehung in die Stichprobe erteilt haben.

2 Tagesgäste konnten nicht zur Zufriedenheit befragt werden.

In der Einrichtung wurden zwei Tagesgäste visitiert.

Struktur- und Prozessqualität

Qualitätsmanagement (Kap.5):

Frage 5.2:

Der Expertenstandard "Schmerzmanagement in der Pflege Aktualisierung 2020" beinhaltet das pflegerische Schmerzmanagement bei akuten Schmerzen und bei chronischen Schmerzen. Programmbedingt werden daher 5.2b und 5.2c zusammenhängend als ein Expertenstandard bewertet.

Die teilstationäre Pflegeeinrichtung kann keine Dokumente des internen Qualitätsmanagement vorlegen, wie z.B. Fortbildungen zum Expertenstandard, Protokolle aus Arbeitsgruppensitzungen zur Anpassung des Standards an die Bedingungen in der Pflegeeinrichtung, aus denen hervorgeht, dass der Expertenstandard "Schmerzmanagement in der Pflege 2020" implementiert wurde. Eine Implementierung des Expertenstandard "Dekubitusprophylaxe" kann nicht eingesehen werden. Eine Einführung ist ab 09/2021 über ein Onlineportal geplant.

Sonstige Empfehlungen

3. Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitatsdefiziten

Datum, Irene Baumann

Datum, Ellen Krinke

Anlage zum Prüfbericht nach §§ 114 SGB XI

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

Inhaltsverzeichnis

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

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

Kapitel 9 Allgemeine Angaben
Kapitel 10 Behandlungspflege
Kapitel 11 Mobilität
Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung
Kapitel 13 Harninkontinenz
Kapitel 14 Umgang mit Demenz
Kapitel 15 Körperpflege
Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität
Kapitel 18 Befragung der Bewohner als zusammenfassende Darstellung aller befragten Personen

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

Kapitel 2 Allgemeine Angaben

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

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

Die Fragen „2.2 a“ und „2.2 b“ werden nicht geprüft, da diese beiden Fragen für teilstationäre Pflegeeinrichtungen nicht zutreffen. Da die Fragen nur mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden können, beantwortet der Gutachter die beiden Fragen mit „Ja“.

Kapitel 3 Aufbauorganisation Personal

3.3 Die verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

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

Stunden 11,7

3.5 Ist die verantwortliche Pflegefachkraft in der direkten Pflege tätig?

Die verantwortliche Pflegefachkraft ist nicht in der direkten Pflege tätig.

Info							
3.8 Zusammensetzung Personal							
a. Basis für Vollzeit Stunden / Woche					39,00		
Geeignete Kräfte:	Vollzeit Stunden / Woche		Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		Gesamtstellen in Vollzeit
	Anz. MA	Stellen- umfang	Anz. MA	Stellen- umfang	Anz. MA	Stellen- umfang	
Verantwortliche Pflegefachkraft			1	11,70			0,30
Stellv. verantwortliche Pflegefachkraft							0,00
Altenpfleger/in			1	19,50			0,50
(Gesundheits- und) Krankenpfleger/in					1	4,95	0,13
(Gesundheits- und) Kinderkrankenpfleger/in							0,00
Heilerziehungspfleger/in							0,00
Krankenpflegehelfer/in							0,00
Altenpflegehelfer/in							0,00
angelernte Kräfte							0,00
Auszubildende							0,00
Bundesfreiwilligendienst-leis- tende							0,00
Freiwilliges soz. Jahr							0,00
Sonstige							0,00
Betreuung							

Tagespflege Waldhäusle

Sozialpädagogen							0,00
Sozialarbeiter/in							0,00
Ergotherapeuten / Beschäftigungs- therapeuten							0,00
Zusätzliche Betreuungskräfte nach § 85 Abs. 8 SGB XI			2	15,60			0,80
Sonstige							0,00
hauswirtschaftliche Versorgung							
hauswirtschaftliche Fachkräfte (2-3 jährige Ausbildung)							0,00
Hilfskräfte und angelernte Kräfte							0,00

Kapitel 4 Ablauforganisation

4.1 Ist die Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

4.2 Nimmt die verantwortliche Pflegefachkraft ihre Aufgaben wahr?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

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

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

4.4 Liegen geeignete Dienstpläne für die Pflege vor?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

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

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

Kapitel 5 Qualitätsmanagement

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

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

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

Nicht erfüllt sind die Kriterien:

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

Der Expertenstandard "Schmerzmanagement in der Pflege Aktualisierung 2020" beinhaltet das pflegerische Schmerzmanagement bei akuten Schmerzen und bei chronischen Schmerzen. Programmbedingt werden daher 5.2b und 5.2c zusammenhängend als ein Expertenstandard bewertet.

Die teilstationäre Pflegeeinrichtung kann keine Dokumente des internen Qualitätsmanagement vorlegen, wie z.B. Fortbildungen zum Expertenstandard, Protokolle aus Arbeitsgruppensitzungen zur Anpassung des Standards an die Bedingungen in der Pflegeeinrichtung, aus denen hervorgeht, dass der Expertenstandard "Schmerzmanagement in der Pflege 2020" implementiert wurde. Eine Implementierung des Expertenstandard "Dekubitusprophylaxe" kann nicht eingesehen werden. Eine Einführung ist ab 09/2021 über ein Onlineportal geplant.

5.3 Ergreift die stationäre Pflegeeinrichtung Maßnahmen, um Kontrakturen zu vermeiden?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

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

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

5.5 Wird ein geeignetes Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter in der Pflege nachweislich angewandt?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

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

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

5.7 (T50) Erfolgt eine nachweisliche Bearbeitung von Beschwerden?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

Kapitel 6 Hygiene

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

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

6.2 Gibt es in der Pflegeeinrichtung ein angemessenes Hygienemanagement?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

6.3 Stehen den Mitarbeitern in erforderlichem Umfang Arbeitshilfen zur Verfügung?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

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

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

Kapitel 7 Verpflegung

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

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

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

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

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

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

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

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

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

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

Kapitel 8 Betreuung

8.1 Werden Leistungen der Betreuung angeboten?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

8.2 Werden diese Angebote den Bewohnern in geeigneter Weise zur Kenntnis gebracht?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

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

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

8.4 Wird die Betreuung durch festangestellte Mitarbeiter koordiniert?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

8.5 Besitzt der für die Betreuung der gerontopsychiatrisch beeinträchtigten Bewohner zuständige Mitarbeiter spezielle Kenntnisse (Fort- und/oder Weiterbildung)?

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

Stellenumfang: 0

8.7 Hat die stationäre Pflegeeinrichtung auf der Grundlage des § 84 Abs. 8 i. V. m. § 85 Abs. 8 SGB XI Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuungskräfte vereinbart?

Ja

Wenn ja, mit welchem Stellenumfang? 0,80

8.8 Sind die gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen an zusätzliche Betreuungskräfte nach § 85 Abs. 8 SGB XI im Hinblick auf die Beschäftigung, Qualifikation und Aufgabenwahrnehmung erfüllt?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

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

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

8.10 (T49) Gibt es konzeptionelle Aussagen zur Sterbebegleitung?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

P1

Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner

9.1 Auftragsnummer:			210813VT18102100-000206275		
Datum	13.08.2021	Uhrzeit	10:17	Nummer Erhebungsbogen	P1

9.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P1
b. Pflegekasse	IKK Classik
c. Pflege- / Wohnbereich	TP
d. Geburtsdatum	1938
e. Einzugsdatum	26.07.2020
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Demenz bei Alzheimer
g. Pflegegrad <input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 4	
h. Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
j. Vorhandene Unterlagen	Pflegedokumentation

9.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	Ellen Krinke
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	Altenpflegerin, Krankenschwester, QMB
c. Name des Mitarbeiters	M1 M2
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	keine

Kapitel 10 Behandlungspflege

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

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

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

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

Kapitel 11 Mobilität

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

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

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

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

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

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

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

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
a. Gewicht		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
	Datum			
	kg			

b. Aktuelle Größe	cm
c. BMI	kg/m ²
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input checked="" type="radio"/> kann nicht ermittelt werden
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten

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

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

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

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

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

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

Kapitel 13 Harninkontinenz

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

Kapitel 14 Umgang mit Demenz

--

14.1 Orientierung und Kommunikation	
a. sinnvolles Gespräch möglich	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
b. nonverbale Kommunikation möglich	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
c. Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
	ja nein tnz
14.2 Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biografie des Bewohners (T33) beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein tnz
14.3 Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und Betreuung einbezogen? (T34)	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein tnz
14.4 Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der (T35) Pflege und Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein tnz
14.5 Werden Bewohnern mit Demenz geeignete (T40) Freizeit-/Beschäftigungsangebote gemacht?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein tnz
14.6 Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag (T36) beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein tnz

Kapitel 15 Körperpflege

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

Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

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

Kapitel 17 Sonstiges

Bewohner 1

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

P2

Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner

9.1 Auftragsnummer:	210813VT18102100-000206275				
Datum	13.08.2021	Uhrzeit	10:35	Nummer Erhebungsbogen	P2

9.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P2
b. Pflegekasse	AOK
c. Pflege- / Wohnbereich	TP
d. Geburtsdatum	1936
e. Einzugsdatum	12.04.2021
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Demenz bei Alzheimer Erkrankung, Schwindel, Gonarthrose, Hypertonie, Deformation der Füße, venöse Insuffizienz, Depressionen
g. Pflegegrad <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 4	
h. Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
j. Vorhandene Unterlagen	Pflegedokumentation

9.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	Ellen Krinke
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der	Altenpflegerin, Krankenschwester, QMB

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

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

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

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

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

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

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

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

Kapitel 13 Harninkontinenz

--	--

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

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

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

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

Kapitel 14 Umgang mit Demenz

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

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

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

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

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

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

Kapitel 15 Körperpflege

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

15.3 Mundzustand / Zähne

Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

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

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

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

Kapitel 17 Sonstiges

Bewohner 2

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

Kapitel 18 Befragung der Bewohner als zusammenfassende Darstellung aller befragten Personen

18.3 (T67) Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?

Die Frage trifft für 0 von 0 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

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

Die Frage trifft für 0 von 0 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

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

Die Frage trifft für 0 von 0 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

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

Die Frage trifft für 0 von 0 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

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

Die Frage trifft für 0 von 0 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

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

Die Frage trifft für 0 von 0 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

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

Die Frage trifft für 0 von 0 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

18.10 (T70) Schmeckt Ihnen das Essen?

Die Frage trifft für 0 von 0 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

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

Die Frage trifft für 0 von 0 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

18.12 (T71) Sind Sie mit den Essenszeiten zufrieden?

Die Frage trifft für 0 von 0 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

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

Die Frage trifft für 0 von 0 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

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

Die Frage trifft für 0 von 0 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

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

Die Frage trifft für 0 von 0 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

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

Die Frage trifft für 0 von 0 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

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

Die Frage trifft für 0 von 0 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

18.18 (T65) Entspricht die Hausreinigung Ihren Erwartungen?

Die Frage trifft für 0 von 0 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

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

Die Frage trifft für 0 von 0 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

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

Die Frage trifft für 0 von 0 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

Zusatzinfos