

zur Prüfung der Qualität nach §§ 114 ff. in der stationären Einrichtung

| | | |
|-----------------------------|----------------------------|--|
| Seniorenzentrum Carl-Joseph | | Medizinischer Dienst Baden-Württemberg |
| Im Anger 4 | | Berliner Straße 23 |
| 88299 Leutkirch | | 78048 Villingen-Schwenningen |
| Prüfung am: | Gutachter: | |
| 26.06.2023 | Hochholzer, Thorsten | |
| | Mack, Natascha | |
| Gutachtendatum | | |
| 11.07.2023 | | |
| Gutachten-Nr.: | 230601-18-000001977 | |
| Auftrags-Nr.: | 230626VS18102100-000001977 | |

Prüfmaßstab

Vorschriften über die Qualitätssicherung nach dem Elften Kapitel des Sozialgesetzbuch XI (SGB XI)

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 (QPR vollstationär); gültig 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

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

Rahmenvertrag für vollstationäre Pflege gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI – in der jeweils aktuellen Fassung

Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI

Qualitätsrelevante Inhalte der Verträge der Pflege- und der Krankenkassen mit der jeweiligen Pflegeeinrichtung

Aktueller Stand des Wissens

Expertenstandards nach § 113a SGB XI

Richtlinien zur Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 und Absatz 7 Nr. 1 SGB V – in der jeweils aktuellen Fassung

Relevante 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 | 230626VS18102100-000001977 |
| 2. Name | Seniorenzentrum Carl-Joseph |
| 3. Straße | Im Anger 4 |
| 4. PLZ/Ort | 88299 Leutkirch |
| 5. Institutionskennzeichen (IK) | 1 . 510840610 |
| 6. Telefon | +49 7561976100 |
| 7. Fax | +49 7561976100 |
| 8. E-Mail | info@seniorenzentrum-carl-joseph.de |
| 9. Internetadresse | www.vinzenz-von-paul.de |
| 10. Träger / Inhaber | Vinzenz von Paul gGmbH, Gänsheidestr. 49, 70184 Stuttgart |
| 11. Trägerart | <input type="checkbox"/> privat <input checked="" type="checkbox"/> freigemeinnützig <input type="checkbox"/> öffentlich <input type="checkbox"/> nicht zu ermitteln |
| 12. ggf. Verband | Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e. V. |
| 13. Einrichtungsart | <input checked="" type="checkbox"/> vollstationär <input type="checkbox"/> solitäre Kurzzeitpflege |
| 14. Datum Abschluss Versorgungsvertrag | 01.02.2018 |
| 15. Datum Inbetriebnahme der stationären Pflegeeinrichtung | 06.03.1975 |
| 16. Name der Einrichtungsleitung | Kehrle, Sonja |
| 17. verantwortliche Pflegefachkraft Name | Bierich, Nadine Kehrle, Sonja |
| 18. stellv. verantwortliche Pflegefachkraft Name | Weber, Melanie |
| 20. Name der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS | Kehrle, Sonja |
| 21. E-Mail der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS | sonja.kehrle@vinzenz-sd.de |
| 22. Zusatzfeld DAS-Kennzeichen | 106294 |

E. Angaben zur Prüfung

| | | |
|---|---|---|
| 1. Auftraggeber / Zuständiger Landesverband der Pflegekassen | <input type="checkbox"/> AOK <input type="checkbox"/> BKK <input checked="" type="checkbox"/> IKK | <input type="checkbox"/> KNAPPSCHAFT <input type="checkbox"/> LKK <input type="checkbox"/> vdek |
| 2. Prüfung durch | <input checked="" type="checkbox"/> Medizinischer Dienst | <input type="checkbox"/> PKV-Prüfdienst |
| 3. Datum | von: 26.06.2023 | bis: 27.06.2023 |
| 4. Uhrzeit | | |
| 1. Tag | von: 08:25 Uhr | bis: 15:42 Uhr |
| 2. Tag | von: 08:24 Uhr | bis: 11:14 Uhr |
| 5. Gesprächspartnerin oder Gesprächspartner der stationären Pflegeeinrichtung | 1 . Kehrle, Sonja 2 . Hinrichs, Arne 3 . Weber, Melanie 4 . Paul, Selbi | |
| 6. Prüferin oder Prüfer | 1 . Hochholzer, Thorsten 2 . Mack, Natascha | |
| 7. An der Prüfung Beteiligte | Namen | |
| <input type="checkbox"/> Pflegekasse | | |
| <input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger | | |
| <input type="checkbox"/> Aufsichtsbehörde | | |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt | | |
| <input type="checkbox"/> Trägerverband | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: Welche? | | |

F. Prüfauftrag nach § 114 SGB XI

| |
|---|
| 1. <input checked="" type="checkbox"/> Regelprüfung |
| 2. <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Beschwerde Bewohner, Angehörige o.ä.) <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Hinweise von anderen Institutionen) <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (sonstige Hinweise) |
| 3. <input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung nach Regelprüfung <input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung nach Anlassprüfung |
| 4. <input type="checkbox"/> Nächtliche Prüfung |

| | |
|---|------------|
| 5. Datum der letzten Prüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI | 14.07.2022 |
| 6. Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen | Datum |
| <input checked="" type="checkbox"/> Nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde | 09.05.2023 |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige | |

G. Art der Einrichtung und Versorgungssituation

| | | | |
|---------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------|
| | Vollstationäre Pflege | | Kurzzeitpflege |
| vorgehaltene Plätze | 86 | | 4 |
| | vollstationäre Pflege | eingestreuete Kurzzeitpflege | |
| belegte Plätze | 66 | 0 | 4 |

H. Nach Angabe der Pflegeeinrichtung: Struktur der Wohn- und Pflegebereiche

| | | | davon nach SGB XI eingestuft in Pflegegrad | | | | | |
|---------------------|-------------------------|---------------------------|--|----------|----------|-----------|-----------|-----------|
| Wohn-/Pflegebereich | Bereich auf einer Ebene | Anzahl versorgte Personen | kein Pflegegrad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Ja | 21 | | | 1 | 11 | 7 | 2 |
| 2 | Ja | 22 | | | 1 | 7 | 8 | 6 |
| 3 | Ja | 16 | | | 3 | 5 | 4 | 4 |
| 4 | Ja | 11 | | | | 4 | 2 | 5 |
| Summe | | 70 | 0 | 0 | 5 | 27 | 21 | 17 |

I. Nach Angabe der Pflegeeinrichtung: Anzahl versorgte Personen mit:

| | |
|---------------------|---|
| 1. Wachkoma | 0 |
| 2. Beatmungspflicht | 0 |
| 3. Dekubitus | 2 |
| 4. Blasenkatheter | 4 |
| 5. PEG-Sonden | 2 |
| 6. Fixierung | 0 |

| | |
|-------------------------------|----|
| 7. Kontraktur | 11 |
| 8. vollständiger Immobilität | 0 |
| 9. Tracheostoma | 0 |
| 10. Multiresistenten Erregern | 1 |

**J. Nach Angabe der Pflegeeinrichtung: Zusammensetzung Personal
(direkt in der Einrichtung Beschäftigte; ohne Mitarbeitende externer Leistungserbringer)**

Vollzeit Std./Woche: 39,0

| Funktion/Qualifikation | Anzahl MA | Teilzeit | | Geringfügig Beschäftigte | | Gesamt- stellen in Vollzeit |
|---|--------------|--------------|--|-----------------------------|--|--------------------------------------|
| | | Anzahl MA | Stellen- umfang (Std./ Woche) | Anzahl MA | Stellen- umfang (Std./ Woche) | |
| Pflege | | | | | | |
| verantwortliche Pflegefachkraft | | 1,0 | 27,3 | | | 1,0 |
| | | 1,0 | 11,7 | | | |
| stellv. verantwortliche Pflegefachkraft | 1,0 | | | | | 1,0 |
| Altenpfleger/in | 10,0 | 4,0 | 29,25 | 2,0 | 7,8 | 16,9 |
| | | 1,0 | 31,2 | | | |
| | | 4,0 | 19,5 | | | |
| | | 1,0 | 27,3 | | | |
| Heilerziehungspfleger/in | | 1,0 | 23,4 | | | 0,6 |
| Krankenpflegehelfer/in | | 1,0 | 27,3 | | | 0,7 |
| Altenpflegehelfer/in | | 1,0 | 15,6 | | | 3,1 |
| | | 1,0 | 35,1 | 2,0 | 7,8 | |
| | | 1,0 | 25,35 | | | |
| | | 1,0 | 29,25 | | | |
| angelernte Kräfte | 2,0 | 1,0 | 27,3 | 2,0 | 7,8 | 9,15 |
| | | 3,0 | 31,2 | | | |
| | | 1,0 | 13,65 | | | |
| | | 2,0 | 17,55 | | | |
| | | 2,0 | 25,35 | | | |
| | | 1,0 | 23,4 | | | |
| | | 1,0 | 19,5 | | | |

| Funktion/Qualifikation | Anzahl MA | Teilzeit | | Geringfügig Beschäftigte | | Gesamt- stellen in Vollzeit |
|---|--------------|--------------|--|-----------------------------|--|--------------------------------------|
| | | Anzahl MA | Stellen- umfang (Std./ Woche) | Anzahl MA | Stellen- umfang (Std./ Woche) | |
| Auszubildende | 4,0 | 1,0 | 27,3 | | | 4,7 |
| Freiwilliges soz. Jahr | 1,0 | | | | | 1,0 |
| Betreuung | | | | | | |
| zusätzliche Betreuungskräfte nach § 43b SGB XI | | 1,0 | 19,5 | | | 3,85 |
| | | 3,0 | 7,8 | | | |
| | | 1,0 | 31,2 | | | |
| | | 2,0 | 15,6 | | | |
| | | 1,0 | 21,45 | | | |
| | | 2,0 | 11,7 | | | |
| Hauswirtschaftliche Versorgung | | | | | | |
| hauswirtschaftliche Fachkräfte (2-3-jährige Ausbildung oder Studium) | | 6,0 | 19,5 | | | 7,86 |
| | | 12,0 | 15,8 | | | |
| sonstige | 2,0 | | | | | 2,0 |

2. Allgemeine Informationen zur Prüfung

Die Qualitätsprüfung fand in einer kooperativen und konstruktiven Atmosphäre statt. Der Qualitätsprüfung durch den Medizinischen Dienst Baden-Württemberg liegt ein beratungsorientierter Prüfansatz zu Grunde. Zu Beginn wurden die Gesprächspartner über den Prüfauftrag und den Ablauf der Qualitätsprüfung informiert.

Die Qualitätsprüferinnen und Qualitätsprüfer 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.

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. Ein im Rahmen der Qualitätsprüfung festgestellter Qualitätsmangel wird im Prüfbericht unabhängig davon, wann dieser Mangel abgestellt wird, als solcher dokumentiert.

Im Rahmen des Abschlussgespräches wurden die Einrichtungsvertreter über die zentralen vorläufigen Ergebnisse informiert. Der daraus resultierende Handlungsbedarf wurde durch das Prüfteam aufgezeigt und die Einrichtungsvertreter individuell beraten.

Eventuell abweichende fachliche Einschätzungen der Einrichtungsvertreter sind in den einzelnen Qualitätsaspekten protokolliert und inhaltlich zusammenfassend dargestellt.

Die festgestellten Auffälligkeiten bzw. Defizite sind im Prüfbericht in den einzelnen Qualitätsbereichen sowie unter den zusammenfassenden Kapiteln dargestellt.

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

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

Gruppe B: Fortbewegung = beeinträchtigt & Kognitive Fähigkeiten = unbeeinträchtigt
Anzahl der Bewohner: 1

Gruppe C: Fortbewegung = unbeeinträchtigt & Kognitive Fähigkeiten = beeinträchtigt
Anzahl der Bewohner: 2

Anzahl der Bewohner, die keiner Subgruppe zugeordnet waren: 4

Eine personenbezogene Plausibilitätskontrolle erfolgte bei 5 der in die Qualitätsprüfung einbezogenen Personen.

In die Stichprobe zur Plausibilitätskontrolle des Erhebungsreports wurden insgesamt 3 versorgte Personen einbezogen.

3. Gesamtbeurteilung der personenbezogenen Versorgung

| 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 die versorgte Person | | | |
|--------------------------------|--|---|-------|--|----|
| | | A) | B) | C) | D) |
| Bereich 1 | | A) | B) | C) | D) |
| Qualitätsaspekt 1.1 | 9 | 7: P2, P3, P4, P5, P6, P8, P9 | 1: P1 | 1: P7 | 0 |
| Qualitätsaspekt 1.2 | 7 | 7: P1, P2, P3, P4, P7, P8, P9 | 0 | 0 | 0 |
| Qualitätsaspekt 1.3 | 8 | 8: P1, P2, P3, P4, P6, P7, P8, P9 | 0 | 0 | 0 |
| Qualitätsaspekt 1.4 | 9 | 9: P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9 | 0 | 0 | 0 |
| Bereich 2 | | A) | B) | C) | D) |
| Qualitätsaspekt 2.1 | 9 | 9: P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9 | 0 | 0 | 0 |
| Qualitätsaspekt 2.2 | 6 | 5: P1, P3, P5, P6, P8 | 0 | 1: P7 | 0 |
| Qualitätsaspekt 2.3 | 1 | 1: P6 | 0 | 0 | 0 |
| Qualitätsaspekt 2.4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Qualitätsaspekt 2.5 | | Auffälligkeiten , die für die Beratung der Pflegeeinrichtung relevant sind | | Defizite , die für die Beratung relevant sind und für den Maßnahmenbescheid der Pflegekasse relevant sein könnten | |
| | 1 | 0 | | 1: P4 | |
| Bereich 3 | | A) | B) | C) | D) |
| Qualitätsaspekt 3.1 | 3 | 2: P2, P6 | 1: P4 | 0 | 0 |
| Qualitätsaspekt 3.2 | 9 | 9: P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9 | 0 | 0 | 0 |

| 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 die versorgte Person | | | |
|--------------------------------|--|---|----|-------|----|
| | | | | | |
| Qualitätsaspekt 3.3 | 8 | 8: P1, P2, P3, P4, P6, P7, P8, P9 | 0 | 0 | 0 |
| Bereich 4 | | A) | B) | C) | D) |
| Qualitätsaspekt 4.1 | 5 | 4: P1, P4, P8, P9 | 0 | 1: P7 | 0 |
| Qualitätsaspekt 4.2 | 1 | 1: P5 | 0 | 0 | 0 |
| Qualitätsaspekt 4.3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Qualitätsaspekt 4.4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Qualitätsbereich 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.

Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite

 entfällt

Der Qualitätsaspekt wurde bei 9 der 9 in die Qualitätsprüfung einbezogenen Personen geprüft.

| | |
|--|---------------------------|
| A) keine Auffälligkeiten | |
| P2, P3, P4, P5, P6, P8, P9 | |
| B) Auffälligkeiten (bitte erläutern) | |
| P1: Die Bewegungseinschränkungen der linken und der rechten Hand- und Fingergelenke sind in der Pflegedokumentation nicht aufgeführt. Hilfestellungen werden erbracht. | |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| P7: Trotz mehrfacher Sturzereignisse fehlende Anpassung der Maßnahmenplanung zur Sturzprävention. | 1 |
| D) Defizit mit negativen Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |

1.2 Unterstützung im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Qualitätsaussage

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

Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite

 entfällt

Der Qualitätsaspekt wurde bei 7 der 9 in die Qualitätsprüfung einbezogenen Personen geprüft.

| | |
|--|---------------------------|
| A) keine Auffälligkeiten | |
| P1, P2, P3, P4, P7, P8, P9 | |
| B) Auffälligkeiten (bitte erläutern) | |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| D) Defizit mit negativen Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |

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 der Auffälligkeiten und Defizite

 entfällt

Der Qualitätsaspekt wurde bei 8 der 9 in die Qualitätsprüfung einbezogenen Personen geprüft.

| | |
|--|---------------------------|
| A) keine Auffälligkeiten | |
| P1, P2, P3, P4, P6, P7, P8, P9 | |
| B) Auffälligkeiten (bitte erläutern) | |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| D) Defizit mit negativen Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |

1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

Qualitätsaussage

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

Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite

 entfällt

Der Qualitätsaspekt wurde bei 9 der 9 in die Qualitätsprüfung einbezogenen Personen geprüft.

| | |
|------------------------------------|--|
| A) keine Auffälligkeiten | |
| P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9 | |

| | |
|--|---------------------------|
| B) Auffälligkeiten (bitte erläutern) | |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| D) Defizit mit negativen Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |

Qualitätsbereich 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 der Auffälligkeiten und Defizite

 entfällt

Der Qualitätsaspekt wurde bei 9 der 9 in die Qualitätsprüfung einbezogenen Personen geprüft.

| | |
|--|---------------------------|
| A) keine Auffälligkeiten | |
| P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9 | |
| B) Auffälligkeiten (bitte erläutern) | |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| D) Defizit mit negativen Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |

2.2 Schmerzmanagement

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite

 entfällt

Der Qualitätsaspekt wurde bei 6 der 9 in die Qualitätsprüfung einbezogenen Personen geprüft.

| | |
|--|---------------------------|
| A) keine Auffälligkeiten | |
| P1, P3, P5, P6, P8 | |
| B) Auffälligkeiten (bitte erläutern) | |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| P7: Keine systematische Schmerzerfassung vorliegend bei Analgesie. | 1 |
| D) Defizit mit negativen Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |

2.3 Wundversorgung

Qualitätsaussage

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite

entfällt

Der Qualitätsaspekt wurde bei 1 der 9 in die Qualitätsprüfung einbezogenen Personen geprüft.

| | |
|--|---------------------------|
| A) keine Auffälligkeiten | |
| P6 | |
| B) Auffälligkeiten (bitte erläutern) | |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| D) Defizit mit negativen Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |

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 der Auffälligkeiten und Defizite

entfällt

2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

Qualitätsaussage

Die versorgten Personen werden bedarfsgerecht und entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung im Umgang mit sonstigen therapiebedingten Anforderungen unterstützt.

Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite

entfällt

Der Qualitätsaspekt wurde bei 1 der 9 in die Qualitätsprüfung einbezogenen Personen geprüft.

| |
|---|
| Auffälligkeiten, die für die Beratung der Pflegeeinrichtung relevant sind |
| Defizite, die für die Beratung relevant sind und für den Maßnahmenbescheid der Pflegekasse relevant sein könnten |
| P4: Fehlende ärztliche Verordnung zur Durchführung der Kompressionstherapie. |

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

3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

Qualitätsaussage

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

Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite entfällt

Der Qualitätsaspekt wurde bei 3 der 9 in die Qualitätsprüfung einbezogenen Personen geprüft.

| | |
|--|---------------------------|
| A) keine Auffälligkeiten | |
| P2, P6 | |
| B) Auffälligkeiten (bitte erläutern) | |
| P4: Das Anreichen der Brille ist nicht hinterlegt. | |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| D) Defizit mit negativen Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |

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 der Auffälligkeiten und Defizite entfällt

Der Qualitätsaspekt wurde bei 9 der 9 in die Qualitätsprüfung einbezogenen Personen geprüft.

| | |
|--|---------------------------|
| A) keine Auffälligkeiten | |
| P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9 | |
| B) Auffälligkeiten (bitte erläutern) | |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| D) Defizit mit negativen Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |

3.3 Nächtliche Versorgung**Qualitätsaussage**

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

Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite entfällt

Der Qualitätsaspekt wurde bei 8 der 9 in die Qualitätsprüfung einbezogenen Personen geprüft.

| | |
|---|--|
| A) keine Auffälligkeiten | |
| P1, P2, P3, P4, P6, P7, P8, P9 | |
| B) Auffälligkeiten (bitte erläutern) | |

| | |
|--|---------------------------|
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| D) Defizit mit negativen Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |

Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

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.

Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite

 entfällt

Der Qualitätsaspekt wurde bei 5 der 9 in die Qualitätsprüfung einbezogenen Personen geprüft.

| | |
|---|---------------------------|
| A) keine Auffälligkeiten | |
| P1, P4, P8, P9 | |
| B) Auffälligkeiten (bitte erläutern) | |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| P7: Nach Feststellung gesundheitlicher Risiken bei Einzug sind die individuellen Interventionen im Maßnahmenplan nicht ausreichend hinterlegt und im weiteren Verlauf nicht angepasst worden. | 1 |
| D) Defizit mit negativen Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |

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.

Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite

 entfällt

Der Qualitätsaspekt wurde bei 1 der 9 in die Qualitätsprüfung einbezogenen Personen geprüft.

| | |
|--|---------------------------|
| A) keine Auffälligkeiten | |
| P5 | |
| B) Auffälligkeiten (bitte erläutern) | |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| D) Defizit mit negativen Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |

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.

Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite

entfällt

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.

Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite

entfällt

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

Qualitätsbereich 5: Bedarfsübergreifende fachliche Anforderungen

5.1 Abwehr von Risiken und Gefährdungen

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.

Keine Defizite festgestellt

Defizite festgestellt (bitte angeben)

5.2 Biografieorientierte Unterstützung

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.

Keine Defizite festgestellt

Defizite festgestellt (bitte angeben)

5.3 Einhaltung von Hygieneanforderungen

Qualitätsaussage

Grundlegende Hygieneanforderungen werden eingehalten und umgesetzt.

Keine Defizite festgestellt

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="checkbox"/> Keine Defizite festgestellt | <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> Keine Defizite festgestellt | <input type="checkbox"/> Defizite festgestellt (bitte angeben) |
|---|--|

Qualitätsbereich 6: Einrichtungsinterne Organisation und Qualitätsmanagement

6.1 Qualifikation der und Aufgabenwahrnehmung durch die verantwortliche Pflegefachkraft

Qualitätsaussage

Die Einrichtung hält qualifizierte Leitungskräfte 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) | 78,0 |
| Stundenumfang, in dem die verantwortliche Pflegefachkraft und ihre Stellvertretung in der Pflege tätig sind | 0 |

Prüffragen

| | |
|--|---|
| 1. Verfügt die verantwortliche Pflegefachkraft über die notwendige Qualifikation und Erfahrung (Pflegefachkraft, ausreichende Berufserfahrung, Weiterbildung zum Erwerb einer formalen Leitungsqualifikation)? | <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Ist die Stellvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft eine Pflegefachkraft? | <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Steht die verantwortliche Pflegefachkraft in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis? | <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Steht die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis? | <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

| | |
|---|---|
| 5. Verfügt die verantwortliche Pflegefachkraft über genügend Zeit für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben? | <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft für eine fachgerechte Planung, Durchführung und Evaluation der Pflegeprozesse? | <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 7. Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft für die Ausrichtung der Dienstplanung am Pflegebedarf und den Qualifikationsanforderungen? | <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

6.2 Begleitung sterbender Personen und ihrer Angehörigen

Qualitätsaussage

Die Einrichtung sorgt für geeignete Rahmenbedingungen für ein würdevolles Sterben und Abschiednehmen. Dies schließt auch den respektvollen Umgang mit Verstorbenen ein. Die Unterstützung berücksichtigt den individuellen biografischen, kulturellen und religiösen Hintergrund sowie die individuellen Wünsche und Vorstellungen Sterbender und ihrer Angehörigen. Sie orientiert sich an dem Ziel, bestmögliche Lebensqualität in der letzten Lebensphase herzustellen.

Prüffragen

| | |
|--|---|
| 1. Liegt ein schriftliches Konzept für die Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen vor? | <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 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="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 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="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Ist konzeptionell geregelt, dass Patientenverfügungen oder Vorsorgevollmachten den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt sind und jederzeit verfügbar sind? | <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Ist konzeptionell geregelt, dass im Sterbefall eine direkte Information der Angehörigen entsprechend den von ihnen hinterlegten Wünschen erfolgt? | <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

6.3 Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten

Qualitätsaussage

Die Einrichtung verfügt über ein systematisches Qualitätsmanagement und reagiert zeitnah und mit angemessenen Maßnahmen auf Qualitätsdefizite. Es gibt definierte Verfahren zur Auswertung und Nutzung von Qualitätskennzahlen.

Informationserfassung

| | |
|--|---|
| Qualitätsdefizite, die bei der letzten externen Prüfung festgestellt wurden oder danach auftraten: | Die soziale Betreuung der versorgten Personen war in Teilen in der Pflegedokumentation nicht individuell beschrieben. |
|--|---|

| | |
|---|---|
| Interne Maßnahmen zur Identifizierung etwaiger Qualitätsdefizite: | Pflegevisite, interne Audits. |
| Aktuelle Maßnahmen zur Behebung von Qualitätsdefiziten: | Maßnahmenplanung, Teambesprechungen, Schulungen, Fortbildungen. |

Prüffragen

| | |
|--|--|
| 1. Werden geeignete Maßnahmen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements durchgeführt, um Qualitätsdefizite zu identifizieren? | <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Werden Qualitätsdefizite systematisch bewertet und bei Bedarf bearbeitet? | <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z. |
| 3. Hat die Einrichtung geeignete Maßnahmen eingeleitet, um schlechte Versorgungsergebnisse (Qualitätsindikatoren) zu verbessern? | <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z. |
| 4. Werden Maßnahmen zur Qualitätssicherung evaluiert? | <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z. |
| 5. Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Verfahren zur Identifizierung von Qualitätsproblemen einbezogen? | <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

5. Gesamtergebnis der Plausibilitätskontrolle

| Gesamtübersicht der Ergebnisse der Plausibilitätskontrolle des Erhebungsreports | | | |
|---|--|--|---------------------------------------|
| Anzahl der Personen insgesamt, bei denen der Erhebungsreport geprüft wurde | keine Auffälligkeiten | Auffälligkeit festgestellt | kritischer Bereich (ab drei Personen) |
| 3 | Ja | | Nein |
| Eine Plausibilitätskontrolle auf der Ebene des Einzelfalls hat bei 5 versorgten Personen stattgefunden. | | | |
| Gesamtübersicht der Ergebnisse der Plausibilitätskontrolle auf der Ebene des Einzelfalls | | | |
| Ergebnisindikatoren | 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 | | | |
| Angaben zur Mobilität (1.1) | 5 - P1, P2, P3, P5, P6 | 0 | Nein |

| Eine Plausibilitätskontrolle auf der Ebene des Einzelfalls hat bei 5 versorgten Personen stattgefunden. | | | |
|--|---|---|--|
| Gesamtübersicht der Ergebnisse der Plausibilitätskontrolle auf der Ebene des Einzelfalls | | | |
| Ergebnisindikatoren | Anzahl der Personen insgesamt, bei denen keine Auffälligkeiten festgestellt wurden | Anzahl der Personen insgesamt, bei denen Auffälligkeiten festgestellt wurden | Kritischer Bereich (ab zwei Personen) |
| Angaben zu gravierenden Sturzfolgen (1.1) | 5 - P1, P2, P3, P5, P6 | 0 | Nein |
| Angaben zu Gewichtsverlust und zu den Faktoren, die das Gewicht beeinflussen (1.2) | 5 - P1, P2, P3, P5, P6 | 0 | Nein |
| Angaben zur Selbstständigkeit bei der Selbstversorgung (1.4) | 5 - P1, P2, P3, P5, P6 | 0 | Nein |
| Qualitätsbereich 2 | | | |
| Angaben zum Thema Schmerz (2.2) | 4 - P1, P2, P5, P6 | 1 - P3 | Nein |
| Angaben zur Dekubitusentstehung (2.3) | 5 - P1, P2, P3, P5, P6 | 0 | Nein |
| Qualitätsbereich 3 | | | |
| Angaben zur Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte (3.2) | 5 - P1, P2, P3, P5, P6 | 0 | Nein |
| Angaben zu den kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (3.2) | 5 - P1, P2, P3, P5, P6 | 0 | Nein |
| Qualitätsbereich 4 | | | |
| Angaben zum Heimeinzug und zur Durchführung eines Integrationsgesprächs (4.1) | 5 - P1, P2, P3, P5, P6 | 0 | Nein |
| Angaben zu Krankenhausaufenthalten (4.2) | 5 - P1, P2, P3, P5, P6 | 0 | Nein |

| Eine Plausibilitätskontrolle auf der Ebene des Einzelfalls hat bei 5 versorgten Personen stattgefunden. | | | |
|---|--|--|---------------------------------------|
| Gesamtübersicht der Ergebnisse der Plausibilitätskontrolle auf der Ebene des Einzelfalls | | | |
| Ergebnisindikatoren | Anzahl der Personen insgesamt, bei denen keine Auffälligkeiten festgestellt wurden | Anzahl der Personen insgesamt, bei denen Auffälligkeiten festgestellt wurden | Kritischer Bereich (ab zwei Personen) |
| Angaben zur Anwendung von Gurten (4.4) | 5 - P1, P2, P3, P5, P6 | 0 | Nein |
| Angaben zur Anwendung von Bettseitenteilen (4.4) | 5 - P1, P2, P3, P5, P6 | 0 | Nein |

6. Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten

Personenbezogene Empfehlungen

| Qualitätsaspekt | Person | Bewertung | Feststellung Maßnahme | Fristvorschlag |
|--|--------|-----------|---|----------------------------|
| Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung | | | | |
| 1.1 | P7 | C | <p>Feststellung: Trotz mehrfacher Sturzereignisse fehlende Anpassung der Maßnahmenplanung zur Sturzprävention.</p> <p>Maßnahme: Da die versorgte Person in der letzten Zeit mehrfach gestürzt ist, müssen die Interventionen zur Sturzprophylaxe evaluiert werden, um geeignete Strategien und Unterstützungsleistungen zur zukünftigen Reduzierung von Stürzen und ggf. deren Sturzfolgen entwickeln zu können. Bei einer systematischen Auswertung mehrerer Stürze lassen sich häufig identische Entstehungsmuster erkennen und Möglichkeiten zur Sturzminimierung ableiten. Damit sichergestellt ist, dass alle am Pflegeprozess beteiligten Mitarbeitenden Kenntnis haben, sind die relevanten Interventionen zur Sturzprävention handlungsleitend zu dokumentieren. Ergänzend ist mit dem Bevollmächtigten das Tragen von Hüftprotektoren sowie der Einsatz einer trittfesten Sturzmatte zu besprechen. Das Ergebnis dieses Gespräches ist zu hinterlegen.</p> | dringender Handlungsbedarf |
| Qualitätsbereich 2: Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen | | | | |

| Qualitätsaspekt | Person | Bewertung | Feststellung Maßnahme | Fristvorschlag |
|---|--------|-----------|---|----------------------------|
| 2.2 | P7 | C | <p>Feststellung: Keine systematische Schmerzerfassung vorliegend bei Analgesie.</p> <p>Maßnahme: Bei chronischen Schmerzen sollte eine systematische Schmerzerfassung erfolgen. Die Schmerzlokalisierung ist in der Pflegedokumentation zu beschreiben, um eine Schmerzeinschätzung und Schmerzbeobachtung zu ermöglichen. Des weiteren sollten schmerzfördernde und schmerzlindernde Faktoren erfasst und in den Pflegeprozess integriert werden, da chronische Schmerzen erheblichen Einfluss auf die Lebensqualität der versorgten Person nehmen. Durch die Kenntnis und den Einsatz von schmerzlindernden Faktoren und die Vermeidung von schmerzfördernden Faktoren, kann ihr Schmerzmaß für sie akzeptabel sein und somit als stabil definiert werden.</p> | dringender Handlungsbedarf |
| 2.5 | P4 | | <p>Feststellung: Fehlende ärztliche Verordnung zur Durchführung der Kompressionstherapie.</p> <p>Maßnahme: Die Kompressionstherapie darf nur nach ärztlicher Verordnung durchgeführt werden. Die ärztliche Verordnung ist in der Pflegedokumentation schriftlich zu hinterlegen. Ist ein Eintrag in der Pflegedokumentation durch den Arzt nicht möglich, (z. B. im Notfall), sollte eine mündliche Anordnung des Arztes (auch per Telefon) durch eine Pflegefachkraft entgegen genommen und nach dem VUG-Prinzip (Vorlesen und Genehmigen lassen) dokumentiert werden. Damit die Durchführung der Kompressionstherapie sichergestellt ist, muss die Pflegefachkraft, die die Kompressionsstrümpfe an- /auszieht, dies nachvollziehbar mit einem Handzeichen quittieren. Auch an Duschtagen sind die Kompressionsstrümpfe anzuziehen. Nach dem Duschen sollte die versorgte Person ca. 15 - 20 Minuten liegen, damit danach die Kompressionsstrümpfe bei entstaute Venen angezogen werden können. Sollte die versorgte Person dies nicht wünschen, so ist der behandelnde Arzt darüber zu informieren. Das Ergebnis des Gespräches ist zu verschriftlichen.</p> | dringender Handlungsbedarf |
| Qualitätsbereich 3: Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte | | | | |
| Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen | | | | |
| 4.1 | P7 | C | <p>Feststellung: Nach Feststellung gesundheitlicher Risiken bei Einzug sind die individuellen Interventionen im Maßnahmenplan nicht ausreichend hinterlegt und im weiteren Verlauf nicht angepasst worden.</p> <p>Maßnahme: Vor dem Einzug, spätestens innerhalb von 24 Stunden nach dem Einzug ist eine Einschätzung, ob und in welchen Punkten ein dringender Versorgungsbedarf besteht, nachweislich vorzunehmen. Individuell geeignete Maßnahmen zu den erfassten Risiken sind zeitnah einzuleiten und handlungsleitend zu verschriftlichen, damit sichergestellt ist, dass alle Mitarbeitenden Kenntnis haben.</p> | dringender Handlungsbedarf |

Einrichtungsbezogene Empfehlungen: keine

Das Gutachten wurde mittels EDV erstellt und ist ohne Unterschrift gültig.

Verantwortlich für das Gutachten:

11.07.2023, Hochholzer, Thorsten

Anlagen zum Prüfbericht

- Prüfbogen A
- Prüfbogen C

Prüfbogen A

P1

Prüfung bei der versorgten Person - Allgemeine Angaben

A. Angaben zur Prüfung

| | |
|-----------------------|----------------------------|
| 1. Auftragsnummer | 230626VS18102100-000001977 |
| 2. Datum | 26.06.2023 |
| 3. Uhrzeit | 10:48 |
| 4. Nummer Prüfbogen A | 1 |

B. Angaben zur versorgten Person

| | |
|--|--|
| 1. Name | P1 |
| 2. Pflegekasse | AOK |
| 3. Pflege-/Wohnbereich | 3 |
| 4. Geburtsdatum | **.*.*.1935 |
| 5. Alter in Jahren | 88 |
| 6. Einzugsdatum | **.*.03.2023 |
| 7. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung | Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz |
| 8. Personenbezogener Code | 002068 |
| 9. Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung | <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 10. Pflegegrad | <input type="checkbox"/> kein <input checked="" type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5 |
| 11. Subgruppe | <input checked="" type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C |
| 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="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 13. Vorhandene Unterlagen | Pflegedokumentation |

| | | |
|------------------------|-----------------------------|--|
| 14. Kurzzeitpflegegast | <input type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> nein |
|------------------------|-----------------------------|--|

C. Anwesende Personen

| | |
|---|--|
| 1. Name der Gutachterin oder des Gutachters | Hochholzer, Thorsten |
| 2. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters | M1, M2 |
| 3. Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung | Altenpflegerin, Qualitätsmanagementbeauftragter/ Altenpfleger |
| 4. sonstige Personen (z. B. gesetzliche Betreuerin oder gesetzlicher Betreuer) | |

Qualitätsbereich 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 den Bedürfnissen der versorgten Person entspricht – zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität.

Informationserfassung

| 1. Beeinträchtigungen | Erläuterungen |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Aufstehen | Selbstständig mit Hilfsmitteln. Je nach Tagesform mit personeller Hilfestellung (Halten/ Stützen). |
| <input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance | Selbstständig mit Hilfsmitteln. Je nach Tagesform mit personeller Hilfestellung (Halten/ Stützen). |
| <input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen | Die versorgte Person ist beim Treppensteigen überwiegend unselbstständig. Sie benötigt Stützung oder festen Halt durch eine Pflegeperson. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Beweglichkeit der Extremitäten | Einschränkung der Beweglichkeit (z.B. durch Verkürzung von Sehnen, Muskeln und Bändern) im: Schultergelenk links / rechts, Ellenbogengelenk links / rechts, Handgelenk links / rechts, Fingergelenk links / rechts. |
| 2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung | |
| Rollator | |

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zur Mobilität in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

2. Stehen die Angaben zu gravierenden Sturzfolgen in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

| |
|--|
| A) keine Auffälligkeiten <input type="checkbox"/> |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| Auffälligkeit 1 |
| Die Bewegungseinschränkungen der linken und der rechten Hand- und Fingergelenke sind in der Pflegedokumentation nicht aufgeführt. Hilfestellungen werden erbracht. |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

1.2 Unterstützung im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung**Qualitätsaussage**

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

Informationserfassung

| | |
|-------------------------------|------|
| 1. Gewicht | |
| Gewicht aktuell (in kg) | 53,1 |
| Gewicht vor 3 Monaten (in kg) | |
| Gewicht vor 6 Monaten (in kg) | |
| Hinweise auf Gewichtsabnahme | . |
| Größe (in cm) | |
| Aktueller BMI | |

| | |
|---|---|
| Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme | <p>Feste Speisen müssen mundgerecht geschnitten werden, eigenständiges Essen ist dann möglich. Getränke müssen eingeschenkt und bereitgestellt werden, eigenständiges Trinken ist dann möglich. Die versorgte Person muss regelmäßig zum Essen und Trinken motiviert und erinnert werden.</p> <p>Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme.</p> |
| 2. Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme | |
| <input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde | <input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus |
| Nahrung kcal/24h + Flussrate | |
| Flüssigkeit ml/24h + Flussrate | |
| Zustand der Sonde, Eintrittsstelle, Verband | |
| <input type="checkbox"/> Subkutane Infusion | |
| <input type="checkbox"/> i.v.-Infusion | |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmittel | |

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zum Gewicht und den Faktoren, die das Gewicht beeinflussen, in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

| | |
|---|--|
| Kontinenz | |
| Beeinträchtigungen der Harn- und Stuhlkontinenz | Abhängig erreichte Harn- und Stuhlkontinenz. Benötigt personelle Hilfestellung zum Toilettengang. |
| Nutzung von | <input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter <input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten offen <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten geschlossen <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Sonstigem |

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zur Selbständigkeit bei der Selbstversorgung in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5

| | |
|---|--|
| Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen aufführen) | Medikamentengabe |
| Zusammenfassende Einschätzung der Selbständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen | Die versorgte Person benötigt aufgrund körperlicher Beeinträchtigung 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.

Informationserfassung

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

| |
|--|
| 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

| | |
|--|---|
| Schmerzmanagement | |
| 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 | linkes und rechtes Bein |
| Schmerzintensität | 0 |

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zum Thema Schmerz in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

| |
|--|
| Bei der versorgten Person liegen keine Wunden vor. |
|--|

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zur Dekubitusentstehung in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

Qualitätsaussage

Die versorgten Personen werden bedarfsgerecht und entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung im Umgang mit sonstigen therapiebedingten Anforderungen unterstützt.

Im Rahmen der Prüfung der Qualitätsaspekte 2.1 bis 2.4 wurden keine Auffälligkeiten oder Defizite bei der Durchführung weiterer ärztlich angeordneter bzw. verordneter Maßnahmen festgestellt, die nicht in die Bewertungen der Qualitätsaspekte 2.1 bis 2.4 eingeflossen sind.

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

3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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 Selbständigkeit 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 Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte) |

| |
|---|
| . |
|---|

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zur Selbständigkeit der versorgten Person bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte (Ergebniserfassung) in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

2. Stehen die Angaben zu den kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten der versorgten Person in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

| |
|--|
| 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. Anreichen von Getränken. |
|--|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

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.

Informationserfassung

| | |
|--|------------|
| Unterstützung nach Einzug | |
| Einzugsdatum | 22.03.2023 |
| Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf) | 12.04.2023 |
| Anpassung der Unterstützung während der ersten 8 Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf) | |

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zum Einzug und zur Durchführung eines Integrationsgesprächs in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

| |
|---|
| Grund, Dauer und Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten in den letzten 6 Monaten |
| Die versorgte Person wurde innerhalb der letzten 6 Monate nicht in einem Krankenhaus behandelt. |

Plausibilitätskontrolle

1. Entsprechen die Angaben zu Krankenhausaufenthalten im Erhebungsbogen für die Ergebniserfassung den Informationen aus anderen Informationsquellen?

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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 psychischen Problemlagen oder herausfordernd erlebtes Verhalten vor. |

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

| |
|--|
| Einsatzdauer und Art der freiheitsentziehenden Maßnahmen, Begründung des Einsatzes aus der Sicht der Einrichtung |
| Bei der versorgten Person wurden aktuell oder in den letzten vier Wochen keine freiheitsentziehenden Maßnahmen eingesetzt. |
| Einwilligung oder Vorliegen/Beantragung einer richterlichen Genehmigung bzw. einer richterlichen Anordnung |
| |

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben der Ergebniserfassung zur Anwendung von Gurten in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

2. Stehen die Angaben der Ergebniserfassung zur Anwendung von Bettseitenteilen in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

keine Auffälligkeiten festgestellt

Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben)

trifft nicht zu

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

Prüfbogen A

P2

Prüfung bei der versorgten Person - Allgemeine Angaben

A. Angaben zur Prüfung

| | |
|-----------------------|----------------------------|
| 1. Auftragsnummer | 230626VS18102100-000001977 |
| 2. Datum | 26.06.2023 |
| 3. Uhrzeit | 14:25 |
| 4. Nummer Prüfbogen A | 2 |

B. Angaben zur versorgten Person

| | |
|--|--|
| 1. Name | P2 |
| 2. Pflegekasse | AOK |
| 3. Pflege-/Wohnbereich | 2 |
| 4. Geburtsdatum | **.*.1933 |
| 5. Alter in Jahren | 90 |
| 6. Einzugsdatum | **.*.2013 |
| 7. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung | Demenz, Einschränkung des Gehörs, Epilepsie, COPD, Skoliose |
| 8. Personenbezogener Code | 000917 |
| 9. Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung | <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 10. Pflegegrad | <input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input checked="" type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5 |
| 11. Subgruppe | <input checked="" type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C |
| 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="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

| | |
|---------------------------|--|
| 13. Vorhandene Unterlagen | Pflegedokumentation |
| 14. Kurzzeitpflegegast | <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein |

C. Anwesende Personen

| | |
|---|--|
| 1. Name der Gutachterin oder des Gutachters | Hochholzer, Thorsten |
| 2. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters | M1, M2 |
| 3. Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung | Altenpflegerin, Qualitätsmanagementbeauftragter/ Altenpfleger |
| 4. sonstige Personen (z. B. gesetzliche Betreuerin oder gesetzlicher Betreuer) | |

Qualitätsbereich 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 den Bedürfnissen der versorgten Person entspricht – zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität.

Informationserfassung

| 1. Beeinträchtigungen | Erläuterungen |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Positionswechsel im Bett | Je nach Tagesform personelle Hilfestellung zur Positionierung im Bett. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Aufstehen | Mit Hilfsmittel und personeller Hilfestellung (Halten/ Stützen). |
| <input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance | Selbstständig mit Hilfsmitteln. Je nach Tagesform mit personeller Hilfestellung (Halten/ Stützen). |
| <input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen | Die versorgte Person ist beim Treppensteigen unselbstständig. Sie muss getragen oder mit Hilfsmittel transportiert werden. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Beweglichkeit der Extremitäten | Einschränkung der Beweglichkeit (z.B. durch Verkürzung von Sehnen, Muskeln und Bändern) im: Schultergelenk links / rechts |
| 2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung | |

Rollator

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zur Mobilität in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

keine Auffälligkeiten festgestellt Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) trifft nicht zu

2. Stehen die Angaben zu gravierenden Sturzfolgen in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

keine Auffälligkeiten festgestellt Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) trifft nicht zu

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

1.2 Unterstützung im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung**Qualitätsaussage**

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

Informationserfassung

| | |
|--|--|
| 1. Gewicht | |
| Gewicht aktuell (in kg) | 72,8 |
| Gewicht vor 3 Monaten (in kg) | |
| Gewicht vor 6 Monaten (in kg) | |
| Hinweise auf Gewichtsabnahme | . |
| Größe (in cm) | |
| Aktueller BMI | |
| Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme | <p>Feste Speisen müssen mundgerecht geschnitten werden, eigenständiges Essen ist dann möglich. Getränke müssen eingeschenkt und bereitgestellt werden, eigenständiges Trinken ist dann möglich.</p> <p>Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme.</p> |

| 2. Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme | |
|---|---|
| <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 |
| Flüssigkeit ml/24h + Flussrate | |
| Zustand der Sonde, Eintrittsstelle, Verband | |
| <input type="checkbox"/> Subkutane Infusion | |
| <input type="checkbox"/> i.v.-Infusion | |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmittel | |

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zum Gewicht und den Faktoren, die das Gewicht beeinflussen, in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

| |
|-----------|
| Kontinenz |
|-----------|

| | |
|---|--|
| Beeinträchtigungen der Harn- und Stuhlkontinenz | abhängig erreichte Stuhlkontinenz, 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"/> Suprapubischem Katheter <input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten offen <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten geschlossen <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Sonstigem |

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zur Selbständigkeit bei der Selbstversorgung in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5

| | |
|---|--|
| Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen auflisten) | Medikamentengabe |
| Zusammenfassende Einschätzung der Selbstständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen | Die versorgte Person benötigt aufgrund körperlicher Beeinträchtigung 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.

Informationserfassung

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

| |
|--|
| 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

| | |
|--|---|
| Schmerzmanagement | |
| 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 | |

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zum Thema Schmerz in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

2.3 Wundversorgung**Qualitätsaussage**

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

Informationserfassung

| |
|--|
| Bei der versorgten Person liegen keine Wunden vor. |
|--|

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zur Dekubitusentstehung in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen**Qualitätsaussage**

Die versorgten Personen werden bedarfsgerecht und entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung im Umgang mit sonstigen therapiebedingten Anforderungen unterstützt.

Im Rahmen der Prüfung der Qualitätsaspekte 2.1 bis 2.4 wurden keine Auffälligkeiten oder Defizite bei der Durchführung weiterer ärztlich angeordneter bzw. verordneter Maßnahmen festgestellt, die nicht in die Bewertungen der Qualitätsaspekte 2.1 bis 2.4 eingeflossen sind.

Qualitätsbereich 3: Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte**3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung****Qualitätsaussage**

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

Informationserfassung

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

Hörgerät

Bewertung der Auffälligkeiten und DefiziteA) 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 Selbständigkeit 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 zeitweise eingeschränkt orientiert. Ein Gespräch ist aufgrund der kognitiven Beeinträchtigung mit Einschränkungen möglich. Die versorgte Person kann Gesprächsinhalte nicht immer umsetzen und daher nicht verstehen. Das Gesprochene steht stellenweise nicht im Zusammenhang zur Situation.

Tagesablauf und Aktivitäten im Alltag der versorgten Person (nur zu erfassen bei Personen mit beeinträchtigter Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte)

| |
|---|
| . |
|---|

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zur Selbständigkeit der versorgten Person bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte (Ergebniserfassung) in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

2. Stehen die Angaben zu den kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten der versorgten Person in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

| |
|--|
| A) keine Auffälligkeiten <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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. Anreichen von Getränken und Hilfestellung zur Positionierung. |

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

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.

Informationserfassung

| | |
|--|------------|
| Unterstützung nach Einzug | |
| Einzugsdatum | 30.09.2013 |
| Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf) | |
| Anpassung der Unterstützung während der ersten 8 Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf) | |
| Der Einzug der versorgten Person liegt bereits länger als 12 Monate zurück. | |

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zum Einzug und zur Durchführung eines Integrationsgesprächs in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

| |
|---|
| Grund, Dauer und Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten in den letzten 6 Monaten |
| Die versorgte Person wurde innerhalb der letzten 6 Monate nicht in einem Krankenhaus behandelt. |

Plausibilitätskontrolle

1. Entsprechen die Angaben zu Krankenhausaufenthalten im Erhebungsbogen für die Ergebniserfassung den Informationen aus anderen Informationsquellen?

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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 psychischen Problemlagen oder herausfordernd erlebtes Verhalten vor.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

Einsatzdauer und Art der freiheitsentziehenden Maßnahmen, Begründung des Einsatzes aus der Sicht der Einrichtung

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

Einwilligung oder Vorliegen/Beantragung einer richterlichen Genehmigung bzw. einer richterlichen Anordnung

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben der Ergebniserfassung zur Anwendung von Gurten in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

2. Stehen die Angaben der Ergebniserfassung zur Anwendung von Bettseitenteilen in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

Prüfbogen A

P3

Prüfung bei der versorgten Person - Allgemeine Angaben

A. Angaben zur Prüfung

| | |
|-----------------------|----------------------------|
| 1. Auftragsnummer | 230626VS18102100-000001977 |
| 2. Datum | 26.06.2023 |
| 3. Uhrzeit | 13:03 |
| 4. Nummer Prüfbogen A | 3 |

B. Angaben zur versorgten Person

| | |
|--|---|
| 1. Name | P3 |
| 2. Pflegekasse | Postbeamten KK |
| 3. Pflege-/Wohnbereich | 2 |
| 4. Geburtsdatum | **.*.*.1940 |
| 5. Alter in Jahren | 82 |
| 6. Einzugsdatum | **.*.11.2019 |
| 7. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung | Polyneuropathie, Morbus Parkinson, Spinalkanalstenose |
| 8. Personenbezogener Code | 001483 |
| 9. Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung | <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 10. Pflegegrad | <input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input checked="" type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5 |
| 11. Subgruppe | <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A <input checked="" type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C |
| 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="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

| | |
|---------------------------|--|
| 13. Vorhandene Unterlagen | Pflegedokumentation |
| 14. Kurzzeitpflegegast | <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein |

C. Anwesende Personen

| | |
|---|--|
| 1. Name der Gutachterin oder des Gutachters | Hochholzer, Thorsten |
| 2. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters | M1, M2 |
| 3. Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung | Altenpflegerin, Qualitätsmanagementbeauftragter/ Altenpfleger |
| 4. sonstige Personen (z. B. gesetzliche Betreuerin oder gesetzlicher Betreuer) | |

Qualitätsbereich 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 den Bedürfnissen der versorgten Person entspricht – zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität.

Informationserfassung

| 1. Beeinträchtigungen | Erläuterungen |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Positionswechsel im Bett | Je nach Tagesform personelle Hilfestellung zur Positionierung im Bett. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Aufstehen | Selbstständig mit Hilfsmitteln. Je nach Tagesform mit personeller Hilfestellung (Halten/ Stützen). |
| <input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance | Selbstständig mit Hilfsmitteln. Je nach Tagesform mit personeller Hilfestellung (Halten/ Stützen). |
| <input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen | Die versorgte Person ist beim Treppensteigen unselbstständig. Sie muss getragen oder mit Hilfsmittel transportiert werden. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Beweglichkeit der Extremitäten | Einschränkung der Beweglichkeit (z.B. durch Verkürzung von Sehnen, Muskeln und Bändern) im: Schultergelenk links / rechts. |
| 2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung | |

Rollator

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zur Mobilität in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

keine Auffälligkeiten festgestellt Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) trifft nicht zu

2. Stehen die Angaben zu gravierenden Sturzfolgen in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

keine Auffälligkeiten festgestellt Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) trifft nicht zu

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

1.2 Unterstützung im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung**Qualitätsaussage**

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

Informationserfassung

| | |
|--|--|
| 1. Gewicht | |
| Gewicht aktuell (in kg) | 74,9 |
| Gewicht vor 3 Monaten (in kg) | |
| Gewicht vor 6 Monaten (in kg) | |
| Hinweise auf Gewichtsabnahme | . |
| Größe (in cm) | |
| Aktueller BMI | |
| Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme | <p>Feste Speisen müssen mundgerecht geschnitten werden, eigenständiges Essen ist dann möglich. Getränke müssen eingeschenkt und bereitgestellt werden, eigenständiges Trinken ist dann möglich.</p> <p>Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme.</p> |

| 2. Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme | |
|---|---|
| <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 |
| Flüssigkeit ml/24h + Flussrate | |
| Zustand der Sonde, Eintrittsstelle, Verband | |
| <input type="checkbox"/> Subkutane Infusion | |
| <input type="checkbox"/> i.v.-Infusion | |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmittel | |

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zum Gewicht und den Faktoren, die das Gewicht beeinflussen, in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

| Kontinenz | |
|---|---|
| Beeinträchtigungen der Harn- und Stuhlkontinenz | Abhängig erreichte Harn- und Stuhlkontinenz. Benötigt personelle Hilfestellung zum Toilettengang. |

| | |
|-------------|---|
| Nutzung von | <input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter <input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten offen <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten geschlossen <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Sonstigem |
|-------------|---|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zur Selbständigkeit bei der Selbstversorgung in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5

| | |
|---|---|
| Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen aufführen) | Medikamentengabe Kompressionsstrümpfe an-/ ausziehen |
| Zusammenfassende Einschätzung der Selbständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen | Die versorgte Person benötigt aufgrund körperlicher 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.

Informationserfassung

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

| |
|-------------------|
| Schmerzmanagement |
|-------------------|

| | |
|--|---|
| 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 | Brust- und Lendenwirbelsäule |
| Schmerzintensität | 1 |

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zum Thema Schmerz in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input checked="" type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
| Die versorgte Person erhielt bereits vor dem 06.04.2023 Analgetika. Bei der Datenerhebung zum Stichtag 06.04.2023 waren die Analgetika unverändert verordnet. | | |

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

| |
|--|
| Bei der versorgten Person liegen keine Wunden vor. |
|--|

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zur Dekubitusentstehung in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

Qualitätsaussage

Die versorgten Personen werden bedarfsgerecht und entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung im Umgang mit sonstigen therapiebedingten Anforderungen unterstützt.

Im Rahmen der Prüfung der Qualitätsaspekte 2.1 bis 2.4 wurden keine Auffälligkeiten oder Defizite bei der Durchführung weiterer ärztlich angeordneter bzw. verordneter Maßnahmen festgestellt, die nicht in die Bewertungen der Qualitätsaspekte 2.1 bis 2.4 eingeflossen sind.

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

3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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 Selbständigkeit 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 Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte) |

| |
|---|
| . |
|---|

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zur Selbständigkeit der versorgten Person bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte (Ergebniserfassung) in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

2. Stehen die Angaben zu den kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten der versorgten Person in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

| |
|--|
| 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. Anreichen von Getränken. |
|--|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

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.

Informationserfassung

| | |
|--|------------|
| Unterstützung nach Einzug | |
| Einzugsdatum | 08.11.2019 |
| Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf) | |
| Anpassung der Unterstützung während der ersten 8 Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf) | |
| Der Einzug der versorgten Person liegt bereits länger als 12 Monate zurück. | |

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zum Einzug und zur Durchführung eines Integrationsgesprächs in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

| |
|---|
| Grund, Dauer und Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten in den letzten 6 Monaten |
| Die versorgte Person wurde innerhalb der letzten 6 Monate nicht in einem Krankenhaus behandelt. |

Plausibilitätskontrolle

1. Entsprechen die Angaben zu Krankenhausaufenthalten im Erhebungsbogen für die Ergebniserfassung den Informationen aus anderen Informationsquellen?

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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 psychischen Problemlagen oder herausfordernd erlebtes Verhalten vor.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

Einsatzdauer und Art der freiheitsentziehenden Maßnahmen, Begründung des Einsatzes aus der Sicht der Einrichtung

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

Einwilligung oder Vorliegen/Beantragung einer richterlichen Genehmigung bzw. einer richterlichen Anordnung

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben der Ergebniserfassung zur Anwendung von Gurten in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

2. Stehen die Angaben der Ergebniserfassung zur Anwendung von Bettseitenteilen in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

Prüfbogen A

P4

Prüfung bei der versorgten Person - Allgemeine Angaben

A. Angaben zur Prüfung

| | |
|-----------------------|----------------------------|
| 1. Auftragsnummer | 230626VS18102100-000001977 |
| 2. Datum | 27.06.2023 |
| 3. Uhrzeit | 09:27 |
| 4. Nummer Prüfbogen A | 4 |

B. Angaben zur versorgten Person

| | |
|--|---|
| 1. Name | P4 |
| 2. Pflegekasse | AOK |
| 3. Pflege-/Wohnbereich | 1 |
| 4. Geburtsdatum | **.*.*.1938 |
| 5. Alter in Jahren | 84 |
| 6. Einzugsdatum | **.*.04.2023 |
| 7. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung | Herzkrankheit, Asthma bronchiale, umschriebenes Ödem |
| 8. Personenbezogener Code | |
| 9. Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung | <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| 10. Pflegegrad | <input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input checked="" type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5 |
| 11. Subgruppe | <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C |
| 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="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

| | |
|---|--|
| 13. Vorhandene Unterlagen | Pflegedokumentation |
| 14. Kurzzeitpflegegast | <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| Erläuterung zu 11. Subgruppe: Die versorgte Person ist keiner Subgruppe zugeordnet. | |

C. Anwesende Personen

| | |
|---|---|
| 1. Name der Gutachterin oder des Gutachters | Mack, Natascha |
| 2. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters | M1 |
| 3. Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung | Stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft/ Altenpflegerin |
| 4. sonstige Personen (z. B. gesetzliche Betreuerin oder gesetzlicher Betreuer) | Ehepartner |

Qualitätsbereich 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 den Bedürfnissen der versorgten Person entspricht – zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität.

Informationserfassung

| 1. Beeinträchtigungen | Erläuterungen |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Aufstehen | Zum Aufstehen und Transfer benötigt die versorgte Person eine Haltemöglichkeit. Zur Sicherheit ist eine Pflegekraft dabei anwesend. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance | Mit Halten am Mobiliar ist sie stehfähig. Vereinzelt kann die versorgte Person wenige Schritte mit personeller Unterstützung gehen. Üblicherweise sitzt sie zur Fortbewegung in einem Rollstuhl und wird geschoben. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen | Treppensteigen ist ihr nicht möglich. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kraft | Die Beinkraft ist beidseits reduziert. |
| 2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung | |
| Rollstuhl, Funkfinger | |

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zur Mobilität in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|---|---|---|

2. Stehen die Angaben zu gravierenden Sturzfolgen in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|---|---|---|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

| |
|--|
| A) keine Auffälligkeiten <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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 im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung**Qualitätsaussage**

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

Informationserfassung

| | |
|--|--|
| 1. Gewicht | |
| Gewicht aktuell (in kg) | 52,4 |
| Gewicht vor 3 Monaten (in kg) | |
| Gewicht vor 6 Monaten (in kg) | |
| Hinweise auf Gewichtsabnahme | keine |
| Größe (in cm) | 163,0 |
| Aktueller BMI | 19,7 |
| Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme | Die versorgte Person benötigt Hilfe bei der mundgerechten Zubereitung der Mahlzeiten und Bereitstellung der Getränke. Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme. |
| 2. Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme | |

| | |
|---|---|
| <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 |
| Flüssigkeit ml/24h + Flussrate | |
| Zustand der Sonde, Eintrittsstelle, Verband | |
| <input type="checkbox"/> Subkutane Infusion | |
| <input type="checkbox"/> i.v.-Infusion | |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmittel | |

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zum Gewicht und den Faktoren, die das Gewicht beeinflussen, in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|---|---|---|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

| | |
|---|--|
| Kontinenz | |
| Beeinträchtigungen der Harn- und Stuhlkontinenz | Die versorgte Person hat eine Harninkontinenz und trägt Vorlagen. Die Toilettengänge und Inkontinenzversorgung wird personell unterstützt. |

| | |
|-------------|--|
| Nutzung von | <input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter <input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten offen <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten geschlossen <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Sonstigem |
|-------------|--|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

| | |
|--|---|
| Körperpflege | |
| Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im Bereich der Körperpflege | Unter Anleitung kann die versorgte Person die Pflege von Gesicht, vordere Oberkörper und Intimbereich erledigen. Dafür werden ihr die Pflegeutensilien angereicht. Die verbleibende Körperpflege übernimmt die Pflegekraft. |

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zur Selbständigkeit bei der Selbstversorgung in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|---|---|---|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5

| | |
|---|--|
| Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen auflisten) | Medikamentengabe: 4x täglich |
| Zusammenfassende Einschätzung der Selbständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen | Aufgrund physischer Beeinträchtigungen benötigt die versorgte Person zur Behandlungspflege personelle 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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

| |
|-------------------|
| Schmerzmanagement |
|-------------------|

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

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zum Thema Schmerz in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|---|---|---|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

2.3 Wundversorgung**Qualitätsaussage**

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

Informationserfassung

| |
|--|
| Bei der versorgten Person liegen keine Wunden vor. |
|--|

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zur Dekubitusentstehung in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|---|---|---|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

Qualitätsaussage

Die versorgten Personen werden bedarfsgerecht und entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung im Umgang mit sonstigen therapiebedingten Anforderungen unterstützt.

Informationserfassung

| Auffälligkeiten/Defizite | |
|--|----------------------|
| Inhalt der ärztlichen An- bzw. Verordnungen, bei denen Auffälligkeiten oder Defizite festgestellt wurden | Kompressionstherapie |

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

| |
|---|
| Auffälligkeiten, die für die Beratung der Pflegeeinrichtung relevant sind |
| Defizite, die für die Beratung relevant sind und für den Maßnahmenbescheid der Pflegekasse relevant sein könnten |
| Defizit 1 |
| Fehlende ärztliche Verordnung zur Durchführung der Kompressionstherapie. |

Die versorgte Person wird in ihrem Zimmer auf dem Sofa sitzend angetroffen. Ihr Ehepartner ist anwesend. Die begleitende Pflegefachkraft kündigt der sehbeeinträchtigten versorgten Person den Besuch der Prüferin an. Nach freundlicher Begrüßung und Erklärung der Situation stimmt sie der Visitation zu. Bei der Inaugenscheinnahme der Hautpartien ist das Tragen von knielangen Kompressionsstrümpfen an beiden Beinen sichtbar. Auf Nachfrage schildert die versorgte Person, dass sie die Kompressionstherapie fast täglich erhält. Weiter berichtet sie, dass an Duschtagen ihr die Kompressionsstrümpfe nicht angezogen werden und: "die Pflegekraft sagte, es macht nichts, wenn man diese 1 x weglässt". Im Nachgang sehen die Prüferin und die Pflegefachkraft die Pflegedokumentation ein und stellen fest, dass für die Durchführung der Kompressionstherapie keine ärztliche Verordnung vorliegt. Zu dem ist das An-/und Ausziehen der Kompressionstherapie im behandlungspflegerischen Durchführungsnachweis nicht nachvollziehbar. Es liegen keine quittierten Handzeichen vor. Den Sachverhalt bestätigt die Pflegefachkraft.

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

3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

Qualitätsaussage

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) keine Auffälligkeiten

| |
|---|
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| Auffälligkeit 1 |
| Das Anreichen der Brille ist nicht hinterlegt. |
| 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 Selbständigkeit 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 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, zeitlich/örtlich/situativ nicht immer umfassend. Ihre Merkfähigkeit im Kurzzeitgedächtnis ist leicht nachlassend. Wünsche teilt sie klar mit. |

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zur Selbständigkeit der versorgten Person bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte (Ergebniserfassung) in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|---|---|---|

2. Stehen die Angaben zu den kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten der versorgten Person in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|---|---|---|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

Fürsorgebesuche, Inkontinenzversorgung, Getränke-/Spätmahlzeitangebot

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

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.

Informationserfassung

Unterstützung nach Einzug

| | |
|--|------------|
| Einzugsdatum | 10.04.2023 |
| Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf) | 26.06.2023 |
| Anpassung der Unterstützung während der ersten 8 Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf) | |

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zum Einzug und zur Durchführung eines Integrationsgesprächs in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|---|---|---|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

| |
|---|
| Grund, Dauer und Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten in den letzten 6 Monaten |
| Die versorgte Person wurde innerhalb der letzten 6 Monate nicht in einem Krankenhaus behandelt. |

Plausibilitätskontrolle

1. Entsprechen die Angaben zu Krankenhausaufenthalten im Erhebungsbogen für die Ergebniserfassung den Informationen aus anderen Informationsquellen?

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|---|---|---|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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 psychischen Problemlagen oder herausfordernd erlebtes |

Verhalten vor.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

Einsatzdauer und Art der freiheitsentziehenden Maßnahmen, Begründung des Einsatzes aus der Sicht der Einrichtung

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

Einwilligung oder Vorliegen/Beantragung einer richterlichen Genehmigung bzw. einer richterlichen Anordnung

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben der Ergebniserfassung zur Anwendung von Gurten in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

keine Auffälligkeiten festgestellt Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) trifft nicht zu

2. Stehen die Angaben der Ergebniserfassung zur Anwendung von Bettseitenteilen in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

keine Auffälligkeiten festgestellt Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) trifft nicht zu

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

Prüfbogen A

P5

Prüfung bei der versorgten Person - Allgemeine Angaben

A. Angaben zur Prüfung

| | |
|-----------------------|----------------------------|
| 1. Auftragsnummer | 230626VS18102100-000001977 |
| 2. Datum | 26.06.2023 |
| 3. Uhrzeit | 13:23 |
| 4. Nummer Prüfbogen A | 5 |

B. Angaben zur versorgten Person

| | |
|--|---|
| 1. Name | P5 |
| 2. Pflegekasse | AOK |
| 3. Pflege-/Wohnbereich | 1 |
| 4. Geburtsdatum | **.*.*.1936 |
| 5. Alter in Jahren | 87 |
| 6. Einzugsdatum | **.*.12.2021 |
| 7. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung | Depressive Episode, Herz- und Niereninsuffizienz, Lumboischialgie |
| 8. Personenbezogener Code | 002163 |
| 9. Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung | <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 10. Pflegegrad | <input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input checked="" type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5 |
| 11. Subgruppe | <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B <input checked="" type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C |
| 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="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

| | |
|---------------------------|--|
| 13. Vorhandene Unterlagen | Pflegedokumentation |
| 14. Kurzzeitpflegegast | <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein |

C. Anwesende Personen

| | |
|---|---|
| 1. Name der Gutachterin oder des Gutachters | Mack, Natascha |
| 2. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters | M1 |
| 3. Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung | Stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft/ Altenpflegerin |
| 4. sonstige Personen (z. B. gesetzliche Betreuerin oder gesetzlicher Betreuer) | |

Qualitätsbereich 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 den Bedürfnissen der versorgten Person entspricht – zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität.

Informationserfassung

| 1. Beeinträchtigungen | Erläuterungen |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Aufstehen | Mit Hilfe des Rollators zieht sich die versorgte Person in den Stand. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance | Kurzzeitig ist ihr ein freier Stand möglich. Für längere Stehzeiten ist eine Haltemöglichkeit erforderlich. Innerhalb des Zimmers nutzt die versorgte Person zum Gehen das Mobiliar als Halt. Weitere Wege legt sie mit Hilfe des Rollators zurück. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen | Treppensteigen gelingt ihr nicht mehr. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kraft | Die Beinkraft ist beidseits reduziert. |
| 2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung | |
| Rollator | |

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zur Mobilität in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

2. Stehen die Angaben zu gravierenden Sturzfolgen in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

| |
|--|
| A) keine Auffälligkeiten <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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 im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung**Qualitätsaussage**

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

Informationserfassung

| | |
|--|---|
| 1. Gewicht | |
| Gewicht aktuell (in kg) | 79,8 |
| Gewicht vor 3 Monaten (in kg) | |
| Gewicht vor 6 Monaten (in kg) | |
| Hinweise auf Gewichtsabnahme | reflektierte Gewichtsabnahme |
| Größe (in cm) | 168,0 |
| Aktueller BMI | 28,3 |
| Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme | Bei der versorgten Person sind keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme vorhanden. Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme. |
| 2. Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme | |

| | |
|---|---|
| <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 |
| Flüssigkeit ml/24h + Flussrate | |
| Zustand der Sonde, Eintrittsstelle, Verband | |
| <input type="checkbox"/> Subkutane Infusion | |
| <input type="checkbox"/> i.v.-Infusion | |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmittel | |

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zum Gewicht und den Faktoren, die das Gewicht beeinflussen, in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

| | |
|---|---|
| Kontinenz | |
| Beeinträchtigungen der Harn- und Stuhlkontinenz | Bei der versorgten Person liegt kein Hilfebedarf im Bereich der Kontinenzförderung, der Kompensation von Kontinenzverlust oder der Versorgung künstlicher Ausgänge vor. |
| Nutzung von | <input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter <input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten offen <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten geschlossen <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Sonstigem |

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

| | |
|--|--|
| Körperpflege | |
| Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im Bereich der Körperpflege | Die versorgte Person benötigt lediglich Hilfe beim Duschen. Auf Wunsch werden ihr die Pflegeutensilien angereicht. |

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zur Selbständigkeit bei der Selbstversorgung in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5

| | |
|---|--|
| Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen auflisten) | Medikamentengabe: 5 x täglich, Gewichtskontrolle: 1 x monatlich, Blutdruck Kontrolle: 1 x wöchentlich, Kompressionsstrümpfe an-/ausziehen: je 1 x täglich |
| Zusammenfassende Einschätzung der Selbständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen | Aufgrund kognitiver Einschränkungen ist zur Behandlungspflege personelle Hilfe erforderlich. |

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

| Schmerzmanagement | |
|--|---|
| 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 Hüfte, rechtes Bein |
| Schmerzintensität | wird regelmäßig via NRS erfasst, zuletzt am 26.06.2023 mit 0 Punkten |

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zum Thema Schmerz in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

Bewertung der Auffälligkeiten und DefiziteA) 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

Bei der versorgten Person liegen keine Wunden vor.

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zur Dekubitusentstehung in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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**

- Absaugen
- Versorgung mit Beatmungsgerät
- Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose
- Versorgung von Drainagen
- Versorgung mit einem suprapubischen Katheter
- Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG)
- Versorgung mit Colo-/Ileo-/Uro- oder sonstigem Stoma
- Versorgung mit einer Trachealkanüle
- Versorgung mit einem zentralen Venenkatheter

| | |
|--|---|
| Besondere ärztliche Anordnungen zu den oben genannten Bedarfslagen | Bei der versorgten Person bestehen keine besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen. |
|--|---|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

Qualitätsaussage

Die versorgten Personen werden bedarfsgerecht und entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung im Umgang mit sonstigen therapiebedingten Anforderungen unterstützt.

Im Rahmen der Prüfung der Qualitätsaspekte 2.1 bis 2.4 wurden keine Auffälligkeiten oder Defizite bei der Durchführung weiterer ärztlich angeordneter bzw. verordneter Maßnahmen festgestellt, die nicht in die Bewertungen der Qualitätsaspekte 2.1 bis 2.4 eingeflossen sind.

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

3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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 Selbständigkeit 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 erkennt ihr nahe stehende Personen und ist örtlich orientiert. Die Orientierungsfähigkeit zur Zeit/Situation ist nicht umfänglich gegeben. Die Merkfähigkeit im Kurzzeitgedächtnis ist teils nachlassend. Wünsche teilt sie dem Personal mit. Die versorgte Person hat Stimmungsschwankungen.

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zur Selbständigkeit der versorgten Person bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte (Ergebniserfassung) in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

- | | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

2. Stehen die Angaben zu den kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten der versorgten Person in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

- | | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

| |
|--|
| 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. |
|--|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

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.

Informationserfassung

| | |
|----------------------------------|--|
| Unterstützung nach Einzug | |
|----------------------------------|--|

| | |
|--------------|------------|
| Einzugsdatum | 25.12.2021 |
|--------------|------------|

| | |
|---|--|
| Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf) | |
|---|--|

| | |
|--|--|
| Anpassung der Unterstützung während der ersten 8 Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf) | |
|--|--|

| |
|---|
| Der Einzug der versorgten Person liegt bereits länger als 12 Monate zurück. |
|---|

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zum Einzug und zur Durchführung eines Integrationsgesprächs in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

Grund, Dauer und Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten in den letzten 6 Monaten

Abklärung von Schmerzen: vom 14.02.- 18.02.2023

Plausibilitätskontrolle

1. Entsprechen die Angaben zu Krankenhausaufenthalten im Erhebungsbogen für die Ergebniserfassung den Informationen aus anderen Informationsquellen?

keine Auffälligkeiten festgestellt Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) trifft nicht zu

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

4.3 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 psychischen Problemlagen oder herausfordernd erlebtes Verhalten vor.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

| |
|---|
| Einsatzdauer und Art der freiheitsentziehenden Maßnahmen, Begründung des Einsatzes aus der Sicht der Einrichtung |
|---|

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

| |
|---|
| Einwilligung oder Vorliegen/Beantragung einer richterlichen Genehmigung bzw. einer richterlichen Anordnung |
|---|

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben der Ergebniserfassung zur Anwendung von Gurten in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

2. Stehen die Angaben der Ergebniserfassung zur Anwendung von Bettseitenteilen in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

Prüfbogen A

P6

Prüfung bei der versorgten Person - Allgemeine Angaben

A. Angaben zur Prüfung

| | |
|-----------------------|----------------------------|
| 1. Auftragsnummer | 230626VS18102100-000001977 |
| 2. Datum | 27.06.2023 |
| 3. Uhrzeit | 08:31 |
| 4. Nummer Prüfbogen A | 6 |

B. Angaben zur versorgten Person

| | |
|--|--|
| 1. Name | P6 |
| 2. Pflegekasse | AOK |
| 3. Pflege-/Wohnbereich | 1 |
| 4. Geburtsdatum | **.*.*.1936 |
| 5. Alter in Jahren | 86 |
| 6. Einzugsdatum | **.*.06.2022 |
| 7. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung | Diabetes mellitus Typ 2, Makuladegeneration, Katarakt, Alzheimer - Krankheit, mittelgradige depressive Episoden |
| 8. Personenbezogener Code | 002323 |
| 9. Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung | <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 10. Pflegegrad | <input type="checkbox"/> kein <input checked="" type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5 |
| 11. Subgruppe | <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B <input checked="" type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C |
| 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="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

| | |
|---------------------------|--|
| 13. Vorhandene Unterlagen | Pflegedokumentation |
| 14. Kurzzeitpflegegast | <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein |

C. Anwesende Personen

| | |
|---|---|
| 1. Name der Gutachterin oder des Gutachters | Mack, Natascha |
| 2. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters | M1 |
| 3. Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung | Stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft/ Altenpflegerin |
| 4. sonstige Personen (z. B. gesetzliche Betreuerin oder gesetzlicher Betreuer) | |

Qualitätsbereich 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 den Bedürfnissen der versorgten Person entspricht – zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität.

Informationserfassung

| 1. Beeinträchtigungen | Erläuterungen |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Positionswechsel im Bett | |
| <input type="checkbox"/> Aufstehen | |
| <input type="checkbox"/> Halten einer stabilen Sitzposition | |
| <input type="checkbox"/> Lageveränderung im Sitzen | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance | Aufgrund der Sehbeeinträchtigung der versorgten Person ist eine richtungweisende Begleitung außerhalb des Wohnbereiches erforderlich. |
| <input type="checkbox"/> Treppen steigen | |
| <input type="checkbox"/> Beweglichkeit der Extremitäten | |
| <input type="checkbox"/> Kraft | |
| 2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung | |
| Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung. | |

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zur Mobilität in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

2. Stehen die Angaben zu gravierenden Sturzfolgen in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

| |
|--|
| A) keine Auffälligkeiten <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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 im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung**Qualitätsaussage**

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

Informationserfassung

| | |
|--|--|
| 1. Gewicht | |
| Gewicht aktuell (in kg) | 91,6 |
| Gewicht vor 3 Monaten (in kg) | |
| Gewicht vor 6 Monaten (in kg) | |
| Hinweise auf Gewichtsabnahme | keine |
| Größe (in cm) | 164,0 |
| Aktueller BMI | 34,1 |
| Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme | Bei der versorgten Person sind keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme vorhanden. Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme. |
| 2. Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme | |

| | |
|---|---|
| <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 |
| Flüssigkeit ml/24h + Flussrate | |
| Zustand der Sonde, Eintrittsstelle, Verband | |
| <input type="checkbox"/> Subkutane Infusion | |
| <input type="checkbox"/> i.v.-Infusion | |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmittel | |

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zum Gewicht und den Faktoren, die das Gewicht beeinflussen, in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

| | |
|---|--|
| Kontinenz | |
| Beeinträchtigungen der Harn- und Stuhlkontinenz | Vereinzelt hat die versorgte Person eine Tröpfchenharninkontinenz und trägt zur Sicherheit eine kleine Vorlage. Personelle Unterstützung ist beim Wechsel dieser erforderlich. |
| Nutzung von | <input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter <input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten offen <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten geschlossen <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Sonstigem |

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

| | |
|--|--|
| Körperpflege | |
| Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im Bereich der Körperpflege | Die versorgte Person benötigt Hilfe bei der Pflege des Rückens und beim Duschen. |

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zur Selbständigkeit bei der Selbstversorgung in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

Qualitätsbereich 2: Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen**Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5**

| | |
|---|--|
| Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen auflisten) | Medikamentengabe: 3 x täglich, Gewichtsbestimmung: 1 x monatlich, Verbandswechsel: 1 x täglich |
|---|--|

| | |
|---|--|
| Zusammenfassende Einschätzung der Selbständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen | Die versorgte Person benötigt aufgrund körperlicher und kognitiver Beeinträchtigung 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.

Informationserfassung

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

| | |
|--|---|
| Schmerzmanagement | |
| Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen (einschließlich chronischer Schmerz, der aufgrund der aktuellen Schmerzmedikation abgeklungen ist)? | <input checked="" type="checkbox"/> Ja, akute Schmerzen <input type="checkbox"/> Ja, chronische Schmerzen <input type="checkbox"/> Nein |
| Lokalisation | Rücken |
| Schmerzintensität | Wird regelmäßig erfragt. |

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zum Thema Schmerz in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

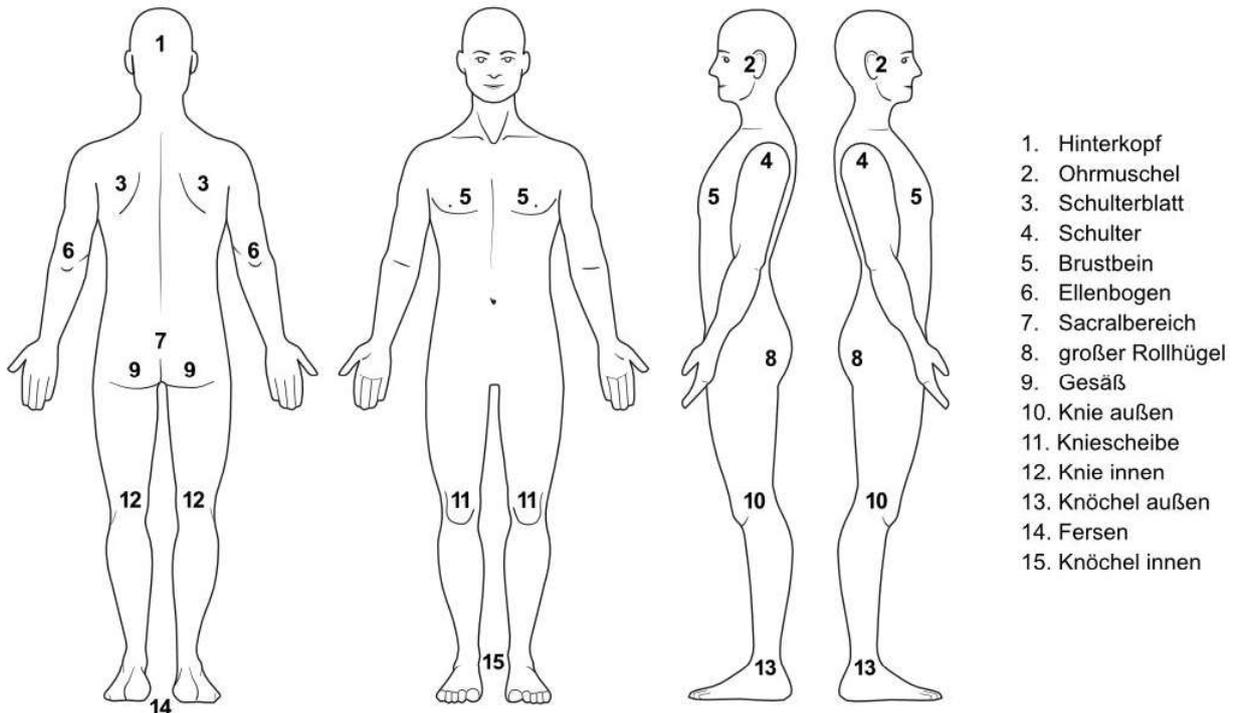
| |
|--|
| A) keine Auffälligkeiten <input checked="" type="checkbox"/> |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die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

2.3 Wundversorgung

Qualitätsaussage

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

Informationserfassung



© Lisa Apfelbacher 2016

| Wunde 1 | Art | Dekubitus | Ulcus Cruris | Diabetisches Fußsyndrom | sonstige chronische Wunde | sonstige nicht chronische Wunde | |
|------------|-------------------------|---|--|---|---|--|-------------------------------|
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| a. | Größe/Tiefe | 2,3 cm H x 0,8 cm B x 1,0 cm T | | | | | |
| b. | Ort der Entstehung | Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> | | extern <input checked="" type="checkbox"/> | nicht nachvollziehbar <input type="checkbox"/> | | |
| c. | Datum der Entstehung | 01.06.2023 | | | nicht nachvollziehbar <input type="checkbox"/> | | |
| d. | Lokalisation | Bitte Nummer laut Legende eintragen: 3 | | | links <input checked="" type="checkbox"/> | rechts <input type="checkbox"/> | |
| e. | Kategorie/ Stadium | I <input type="checkbox"/> | II <input type="checkbox"/> | III <input type="checkbox"/> | IV <input type="checkbox"/> | a <input type="checkbox"/> | b <input type="checkbox"/> |
| f. | Umgebung | weiß <input type="checkbox"/> | rosig <input checked="" type="checkbox"/> | gerötet <input type="checkbox"/> | feucht <input type="checkbox"/> | trocken <input type="checkbox"/> | |
| g. | Rand | rosig <input type="checkbox"/> | rot <input checked="" type="checkbox"/> | weich <input type="checkbox"/> | hart <input type="checkbox"/> | schmerzhaft <input type="checkbox"/> | |
| h. | Exsudat | kein <input type="checkbox"/> | wenig <input checked="" type="checkbox"/> | viel <input type="checkbox"/> | klar <input type="checkbox"/> | | |
| i. | Wundgrund | fest <input type="checkbox"/> | weich <input type="checkbox"/> | rosa <input checked="" type="checkbox"/> | rot <input type="checkbox"/> | gelb <input type="checkbox"/> | |

| | | | | | | |
|---|---------|--|---|-------------------------------------|---------------------------------------|---|
| j. | Nekrose | keine <input checked="" type="checkbox"/> | feucht <input type="checkbox"/> | trocken <input type="checkbox"/> | teilweise <input type="checkbox"/> | vollständig <input type="checkbox"/> |
| k. | Geruch | kein <input checked="" type="checkbox"/> | übel riechend <input type="checkbox"/> | | | |
| Verwendete Materialien zur Wundversorgung | | Betaisodona Salbe, Kompresse, Fixomull | | | | |

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zur Dekubitusentstehung in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

| |
|--|
| A) keine Auffälligkeiten <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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 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 | Bei der versorgten Person bestehen keine besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen. |

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

Qualitätsaussage

Die versorgten Personen werden bedarfsgerecht und entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung im Umgang mit sonstigen therapiebedingten Anforderungen unterstützt.

Im Rahmen der Prüfung der Qualitätsaspekte 2.1 bis 2.4 wurden keine Auffälligkeiten oder Defizite bei der Durchführung weiterer ärztlich angeordneter bzw. verordneter Maßnahmen festgestellt, die nicht in die Bewertungen der Qualitätsaspekte 2.1 bis 2.4 eingeflossen sind.

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

3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

| |
|--|
| A) keine Auffälligkeiten <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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 Selbständigkeit 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 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 erkennt ihr nahe stehende Personen. Zeitlich/örtlich/situativ ist sie nicht umfassend orientiert. Wünsche kann sie klar mitteilen. Das Kurzzeitgedächtnis ist beeinträchtigt. Zeitweise hat die versorgte Person eine gedrückte Stimmungslage. |

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zur Selbständigkeit der versorgten Person bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte (Ergebniserfassung) in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

2. Stehen die Angaben zu den kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten der versorgten Person in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

| |
|---|
| A) keine Auffälligkeiten <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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 |
| Fürsorgebesuche, Getränke-/Spätmahlzeitangebot |

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

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.

Informationserfassung

| | |
|--|------------|
| Unterstützung nach Einzug | |
| Einzugsdatum | 15.06.2022 |
| Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf) | |
| Anpassung der Unterstützung während der ersten 8 Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf) | |
| Der Einzug der versorgten Person liegt bereits länger als 12 Monate zurück. | |

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zum Einzug und zur Durchführung eines Integrationsgesprächs in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|--|---|--|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

Grund, Dauer und Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten in den letzten 6 Monaten

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

Plausibilitätskontrolle

1. Entsprechen die Angaben zu Krankenhausaufenthalten im Erhebungsbogen für die Ergebniserfassung den Informationen aus anderen Informationsquellen?

keine Auffälligkeiten festgestellt

Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben)

trifft nicht zu

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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 psychischen Problemlagen oder herausfordernd erlebtes Verhalten vor.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

Einsatzdauer und Art der freiheitsentziehenden Maßnahmen, Begründung des Einsatzes aus der Sicht der Einrichtung

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

Einwilligung oder Vorliegen/Beantragung einer richterlichen Genehmigung bzw. einer richterlichen Anordnung

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben der Ergebniserfassung zur Anwendung von Gurten in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

keine Auffälligkeiten festgestellt Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) trifft nicht zu

2. Stehen die Angaben der Ergebniserfassung zur Anwendung von Bettseitenteilen in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

keine Auffälligkeiten festgestellt Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) trifft nicht zu

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

Prüfbogen A

P7

Prüfung bei der versorgten Person - Allgemeine Angaben

A. Angaben zur Prüfung

| | |
|-----------------------|----------------------------|
| 1. Auftragsnummer | 230626VS18102100-000001977 |
| 2. Datum | 26.06.2023 |
| 3. Uhrzeit | 14:29 |
| 4. Nummer Prüfbogen A | 7 |

B. Angaben zur versorgten Person

| | |
|--|--|
| 1. Name | P7 |
| 2. Pflegekasse | AOK |
| 3. Pflege-/Wohnbereich | 1 |
| 4. Geburtsdatum | **.*.*.1945 |
| 5. Alter in Jahren | 78 |
| 6. Einzugsdatum | **.*.05.2023 |
| 7. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung | Demenz, arterielle Hypertonie, Spinalkanalstenose, COPD, Gonarthrose |
| 8. Personenbezogener Code | |
| 9. Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung | <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| 10. Pflegegrad | <input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input checked="" type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5 |
| 11. Subgruppe | <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C |
| 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="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

| | |
|---|--|
| 13. Vorhandene Unterlagen | Pflegedokumentation |
| 14. Kurzzeitpflegegast | <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| Erläuterung zu 11. Subgruppe: Die versorgte Person ist keiner Subgruppe zugeordnet. | |

C. Anwesende Personen

| | |
|---|---|
| 1. Name der Gutachterin oder des Gutachters | Mack, Natascha |
| 2. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters | M1 |
| 3. Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung | Stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft/ Altenpflegerin |
| 4. sonstige Personen (z. B. gesetzliche Betreuerin oder gesetzlicher Betreuer) | |

Qualitätsbereich 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 den Bedürfnissen der versorgten Person entspricht – zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität.

Informationserfassung

| 1. Beeinträchtigungen | Erläuterungen |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Aufstehen | Zum Aufstehen benötigt die versorgte Person die Hilfe von 1 - 2 Pflegekräften. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance | Mit Hilfe des Rollators ist sie steh- und innerhalb des Wohnbereiches verlangsamt gehfähig. Das Gangbild ist trippelschrittig, Oberkörper vorbeugend und bodenhaftend. Aus Sicherheitsgründen wird die versorgte Person beim Gehen begleitet. Zeitweise vergisst sie den Rollator zu nutzen. Außerhalb der Einrichtung sitzt sie zur Fortbewegung im Rollstuhl und wird geschoben. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen | Treppensteigen gelingt ihr nicht mehr. |

| | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Beweglichkeit der Extremitäten | Bewegungseinschränkungen liegen in den Ellenbogen- und Kniegelenken beidseits vor. Die feinmotorischen Fähigkeiten sind beidseitig eingeschränkt. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kraft | Insgesamt ist der Kräftezustand gemindert. |
| 2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung | |
| Rollator, Rollstuhl, ABS Socken, Sensormatte | |

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zur Mobilität in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|---|---|---|

2. Stehen die Angaben zu gravierenden Sturzfolgen in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|---|---|---|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

| |
|---|
| A) keine Auffälligkeiten <input type="checkbox"/> |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| Defizit 1 |
| Trotz mehrfacher Sturzereignisse fehlende Anpassung der Maßnahmenplanung zur Sturzprävention. |

Die versorgte Person wird im Gemeinschaftsraum auf dem Sofa sitzend angetroffen. Das Tragen von Schuhen mit Fersenhalt ist sichtbar. Die begleitende Pflegefachkraft kündigt der versorgten Person den Besuch der Prüferin an. Mit Hilfe von 2 Pflegekräften kann sie aufstehen und mittels Rollator sowie sichernder Begleitung ins Zimmer gehen. Die Prüferin stellt sich der versorgten Person vor und erklärt die Situation. Mit der Visitation ist sie einverstanden. Ein sinnhaftes Gespräch kann mit der versorgten Person wenig geführt werden, da sie Gesprächsinhalte überwiegend nicht kognitiv erfassen kann. Unter dem Bett liegt eine Sensormatte. Nach dem Besuch sehen die Prüferin und die Pflegefachkraft die Pflegedokumentation ein. Aus der systematischen Informationssammlung geht ein erhöhtes Sturzrisiko hervor. In der Tagesstruktur, zuletzt am 26.06.2023 evaluiert, ist als sturzpräventive Intervention die Erinnerungshilfe an den Rollator hinterlegt. Weitere Unterstützungsleistungen zur Sturzprävention sind nicht nachvollziehbar. Seit dem Einzug (27.05.2023) ist die versorgte Person 12 x überwiegend nachts gestürzt. Aus den vorliegenden Sturzprotokollen gehen keine zugezogenen Verletzungen hervor. Weiter ist der Einsatz von einer Sensormatte sowie ABS Socken als Hilfsmittel auf den Sturzprotokollen vermerkt. Inwieweit die Sturzprotokolle ausgewertet worden sind, kann abschließend nicht geklärt werden. Eine transparent dargestellte Anpassung der sturzpräventiven Maßnahmenplanung hat nicht stattgefunden. Dem Sachverhalt stimmt die Pflegefachkraft zu. Sie schildert die Unterstützungsleistungen zur Sturzprävention wie folgt: vermehrte Sichtkontrollen, Begleitung beim Gehen, stets an den Rollator erinnern, auf geeignete Schuhe achten, Teilnahme an Bewegungsübungen ermöglichen, Nachlicht zur besseren Orientierung anschalten, zu den Liegezeiten Sensormatte aktivieren, ABS Socken zur Nacht anziehen. Nach Auskunft der Pflegefachkraft, ist in der vorherigen Pflegeeinrichtung ein Walker ausprobiert worden (nach Angabe des Ehepartners), jedoch ohne zielorientierten Erfolg. Ergänzende Hilfeleistungen zur Sturzprävention sind nicht in Erwägung gezogen worden.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

1.2 Unterstützung im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

| 1. Gewicht | |
|-------------------------------|-------|
| Gewicht aktuell (in kg) | 81,1 |
| Gewicht vor 3 Monaten (in kg) | |
| Gewicht vor 6 Monaten (in kg) | |
| Hinweise auf Gewichtsabnahme | keine |
| Größe (in cm) | 175,0 |
| Aktueller BMI | 26,5 |

| | |
|---|---|
| Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme | Die versorgte Person benötigt Hilfe bei der mundgerechten Zubereitung der Speisen und Bereitstellung der Getränke. Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme. |
| 2. Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme | |
| <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 |
| Flüssigkeit ml/24h + Flussrate | |
| Zustand der Sonde, Eintrittsstelle, Verband | |
| <input type="checkbox"/> Subkutane Infusion | |
| <input type="checkbox"/> i.v.-Infusion | |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmittel | |

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zum Gewicht und den Faktoren, die das Gewicht beeinflussen, in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|---|---|---|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

| |
|-----------|
| Kontinenz |
|-----------|

| | |
|---|--|
| Beeinträchtigungen der Harn- und Stuhlkontinenz | Die Blasen- und Darmfunktionen sind erhalten. Zum Schutz trägt die versorgte Person klein Vorlagen. Der Wechsel dieser, Toilettengänge sowie Intimhygiene werden personell unterstützt. |
| Nutzung von | <input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter <input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten offen <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten geschlossen <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Sonstigem |

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

| | |
|--|---|
| Körperpflege | |
| Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im Bereich der Körperpflege | Unter kleinschrittiger Anleitung kann die versorgte Person zeitweise die Pflege von Gesicht und Händen bewältigen. Die verbleibende Körperpflege erledigt das Pflegepersonal. |

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zur Selbständigkeit bei der Selbstversorgung in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|---|---|---|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5

| | |
|---|--|
| Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen aufführen) | Medikamentengabe: 3 x täglich, Gewichtsbestimmung: 1 x monatlich |
| Zusammenfassende Einschätzung der Selbständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen | Die versorgte Person benötigt aufgrund körperlicher und kognitiver Beeinträchtigung 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.

Informationserfassung

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

| | |
|--|---|
| Schmerzmanagement | |
| 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 | Rücken |
| Schmerzintensität | wird ermittelt, zuletzt am 26.06.2023 mit 0 Punkten |

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zum Thema Schmerz in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|---|---|---|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

| |
|---|
| A) keine Auffälligkeiten <input type="checkbox"/> |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| Defizit 1 |
| Keine systematische Schmerzerfassung vorliegend bei Analgesie. |
| Nach Auskunft der begleitenden Pflegefachkraft leidet die versorgte Person an chronischen Rückenschmerzen. Eine tägliche Schmerzmitteltherapie in Form von Tilidin ist ärztlich verordnet. Die Lokalisation, schmerzfördernde und schmerzlindernde Faktoren, eine zeitliche Dimension und gegebenenfalls Auswirkungen auf das Alltagsleben sind in der Pflegedokumentation nicht nachvollziehbar dargestellt. Die Pflegefachkraft bestätigt den Sachverhalt. Während des Besuches wirkt die versorgte Person schmerzfrei. |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person |

2.3 Wundversorgung**Qualitätsaussage**

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

Informationserfassung

| |
|--|
| Bei der versorgten Person liegen keine Wunden vor. |
|--|

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zur Dekubitusentstehung in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|---|---|---|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen**Qualitätsaussage**

Die versorgten Personen werden bedarfsgerecht und entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung im Umgang mit sonstigen therapiebedingten Anforderungen unterstützt.

Im Rahmen der Prüfung der Qualitätsaspekte 2.1 bis 2.4 wurden keine Auffälligkeiten oder Defizite bei der Durchführung weiterer ärztlich angeordneter bzw. verordneter Maßnahmen festgestellt, die nicht in die Bewertungen der Qualitätsaspekte 2.1 bis 2.4 eingeflossen sind.

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

3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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 Selbständigkeit 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 zu allen Qualitäten deutlich eingeschränkt orientiert. Grundbedürfnisse kann sie zeitweise mitteilen. Die Gedächtnisleistung ist beeinträchtigt.

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zur Selbständigkeit der versorgten Person bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte (Ergebniserfassung) in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|---|---|---|

2. Stehen die Angaben zu den kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten der versorgten Person in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|---|---|---|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

3.3 Nächtliche Versorgung

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Nächtlicher Unterstützungsbedarf

Fürsorgebesuche, Toilettengänge, Getränke-/Spätmahlzeitangebot

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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 |
|---|

Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

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.

Informationserfassung

| | |
|--|------------|
| Unterstützung nach Einzug | |
| Einzugsdatum | 27.05.2023 |
| Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf) | |
| Anpassung der Unterstützung während der ersten 8 Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf) | |

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zum Einzug und zur Durchführung eines Integrationsgesprächs in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|---|---|---|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

| |
|---|
| A) keine Auffälligkeiten <input type="checkbox"/> |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person |
| Defizit 1 |
| Nach Feststellung gesundheitlicher Risiken bei Einzug sind die individuellen Interventionen im Maßnahmenplan nicht ausreichend hinterlegt und im weiteren Verlauf nicht angepasst worden. |
| Die Einrichtung hat bei Einzug der versorgten Person ein erhöhtes Sturzrisiko festgestellt. Weiter sind bei der versorgten Person chronische Rückenschmerzen bekannt und eine tägliche orale Analgesie ärztlich verordnet. Der daraus resultierende Unterstützungsbedarf zur Sturzprävention und im Bereich des Schmerzmanagements ist nicht ausreichend transparent in der Pflegedokumentation hinterlegt. Trotz mehrfacher Sturzereignisse ist der individuelle Hilfebedarf zur Sturzprävention nicht ausreichend überprüft, angepasst und nachvollziehbar dokumentiert worden. Dem Sachverhalt stimmt die Pflegefachkraft zu und sieht die Notwendigkeit den jeweiligen Hilfebedarf im Maßnahmenplan detailliert zu beschreiben. Die versorgte Person kann keine Angaben zum Sachverhalt machen. |

| |
|---|
| 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

| |
|---|
| Grund, Dauer und Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten in den letzten 6 Monaten |
|---|

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

Plausibilitätskontrolle

1. Entsprechen die Angaben zu Krankenhausaufenthalten im Erhebungsbogen für die Ergebniserfassung den Informationen aus anderen Informationsquellen?

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|---|---|---|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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 psychischen Problemlagen oder herausfordernd erlebtes Verhalten vor. |
|---|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

| |
|---|
| Einsatzdauer und Art der freiheitsentziehenden Maßnahmen, Begründung des Einsatzes aus der Sicht der Einrichtung |
|---|

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

| |
|---|
| Einwilligung oder Vorliegen/Beantragung einer richterlichen Genehmigung bzw. einer richterlichen Anordnung |
|---|

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben der Ergebniserfassung zur Anwendung von Gurten in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|---|---|---|

2. Stehen die Angaben der Ergebniserfassung zur Anwendung von Bettseitenteilen in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|---|---|---|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

Prüfbogen A

P8

Prüfung bei der versorgten Person - Allgemeine Angaben

A. Angaben zur Prüfung

| | |
|-----------------------|----------------------------|
| 1. Auftragsnummer | 230626VS18102100-000001977 |
| 2. Datum | 27.06.2023 |
| 3. Uhrzeit | 08:32 |
| 4. Nummer Prüfbogen A | 8 |

B. Angaben zur versorgten Person

| | |
|--|--|
| 1. Name | P8 |
| 2. Pflegekasse | IKK classic |
| 3. Pflege-/Wohnbereich | 2 |
| 4. Geburtsdatum | **.*.*.1943 |
| 5. Alter in Jahren | 79 |
| 6. Einzugsdatum | **.*.03.2023 |
| 7. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung | Lumbalsyndrom, Herzinsuffizienz |
| 8. Personenbezogener Code | |
| 9. Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung | <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| 10. Pflegegrad | <input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input checked="" type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5 |
| 11. Subgruppe | <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C |
| 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="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 13. Vorhandene Unterlagen | Pflegedokumentation |

| | | |
|---|-----------------------------|--|
| 14. Kurzzeitpflegegast | <input type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| Erläuterung zu 11. Subgruppe: Die versorgte Person ist keiner Subgruppe zugeordnet. | | |

C. Anwesende Personen

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

Qualitätsbereich 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 den Bedürfnissen der versorgten Person entspricht – zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität.

Informationserfassung

| 1. Beeinträchtigungen | Erläuterungen |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Positionswechsel im Bett | Die versorgte Person ist überwiegend unselbstständig. Sie kann beim Positionswechsel nur wenig mithelfen, zum Beispiel am Bettgestell festhalten. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Aufstehen | Nur mit personeller Hilfe. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance | Mit Hilfsmittel und personeller Hilfestellung kurze Gehstrecken möglich. Die versorgte Person wird in einem Rollstuhl gefahren. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen | Die versorgte Person ist beim Treppensteigen unselbstständig. Sie muss getragen oder mit Hilfsmittel transportiert werden. |
| <input type="checkbox"/> Beweglichkeit der Extremitäten | |
| 2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung | |
| Rollstuhl, Rollator | |

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zur Mobilität in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|---|---|---|

2. Stehen die Angaben zu gravierenden Sturzfolgen in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|---|---|---|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

| |
|--|
| A) keine Auffälligkeiten <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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 im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung**Qualitätsaussage**

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

Informationserfassung

| | |
|--|--|
| 1. Gewicht | |
| Gewicht aktuell (in kg) | 56,7 |
| Gewicht vor 3 Monaten (in kg) | |
| Gewicht vor 6 Monaten (in kg) | |
| Hinweise auf Gewichtsabnahme | . |
| Größe (in cm) | |
| Aktueller BMI | |
| Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme | <p>Feste Speisen müssen mundgerecht geschnitten werden, eigenständiges Essen ist dann möglich. Getränke müssen eingeschenkt und bereitgestellt werden, eigenständiges Trinken ist dann möglich. Die versorgte Person muss regelmäßig zum Essen und Trinken motiviert und erinnert werden.</p> <p>Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme.</p> |

| 2. Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme | |
|---|---|
| <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 |
| Flüssigkeit ml/24h + Flussrate | |
| Zustand der Sonde, Eintrittsstelle, Verband | |
| <input type="checkbox"/> Subkutane Infusion | |
| <input type="checkbox"/> i.v.-Infusion | |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmittel | |

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zum Gewicht und den Faktoren, die das Gewicht beeinflussen, in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|---|---|---|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

| |
|-----------|
| Kontinenz |
|-----------|

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zur Selbständigkeit bei der Selbstversorgung in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|---|---|---|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5

| | |
|---|---|
| Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen auflisten) | Medikamentengabe |
| Zusammenfassende Einschätzung der Selbstständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen | Die versorgte Person benötigt aufgrund körperlicher und kognitiver Beeinträchtigung 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.

Informationserfassung

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

| |
|--|
| 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

| | |
|--|---|
| Schmerzmanagement | |
| 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 | Brust- und Lendenwirbelsäule |
| Schmerzintensität | 1 |

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zum Thema Schmerz in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|---|---|---|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

| |
|--|
| Bei der versorgten Person liegen keine Wunden vor. |
|--|

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zur Dekubitusentstehung in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|---|---|---|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

Qualitätsaussage

Die versorgten Personen werden bedarfsgerecht und entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung im Umgang mit sonstigen therapiebedingten Anforderungen unterstützt.

Im Rahmen der Prüfung der Qualitätsaspekte 2.1 bis 2.4 wurden keine Auffälligkeiten oder Defizite bei der Durchführung weiterer ärztlich angeordneter bzw. verordneter Maßnahmen festgestellt, die nicht in die Bewertungen der Qualitätsaspekte 2.1 bis 2.4 eingeflossen sind.

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

3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

Qualitätsaussage

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

Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel zur Unterstützung des Seh- und Hörvermögens.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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 Selbständigkeit 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 zeitweise eingeschränkt orientiert. Ein Gespräch ist aufgrund der kognitiven Beeinträchtigung mit Einschränkungen möglich. Die versorgte Person kann Gesprächsinhalte nicht immer umsetzen und daher nicht verstehen. Das Gesprochene steht stellenweise nicht im Zusammenhang zur Situation.

| |
|---|
| Tagesablauf und Aktivitäten im Alltag der versorgten Person (nur zu erfassen bei Personen mit beeinträchtigter Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte) |
| |

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zur Selbständigkeit der versorgten Person bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte (Ergebniserfassung) in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|---|---|---|

2. Stehen die Angaben zu den kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten der versorgten Person in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|---|---|---|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

| |
|--|
| 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. Anreichen von Getränken und Hilfestellung zur Positionierung. |
|---|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

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.

Informationserfassung

| | |
|--|------------|
| Unterstützung nach Einzug | |
| Einzugsdatum | 24.03.2023 |
| Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf) | 20.06.2023 |
| Anpassung der Unterstützung während der ersten 8 Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf) | |

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zum Einzug und zur Durchführung eines Integrationsgesprächs in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|---|---|---|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

| |
|---|
| Grund, Dauer und Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten in den letzten 6 Monaten |
| Die versorgte Person wurde innerhalb der letzten 6 Monate nicht in einem Krankenhaus behandelt. |

Plausibilitätskontrolle

1. Entsprechen die Angaben zu Krankenhausaufenthalten im Erhebungsbogen für die Ergebniserfassung den Informationen aus anderen Informationsquellen?

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|---|---|---|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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 psychischen Problemlagen oder herausfordernd erlebtes Verhalten vor.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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**Einsatzdauer und Art der freiheitsentziehenden Maßnahmen, Begründung des Einsatzes aus der Sicht der Einrichtung**

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

Einwilligung oder Vorliegen/Beantragung einer richterlichen Genehmigung bzw. einer richterlichen Anordnung**Plausibilitätskontrolle**

1. Stehen die Angaben der Ergebniserfassung zur Anwendung von Gurten in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|---|---|---|

2. Stehen die Angaben der Ergebniserfassung zur Anwendung von Bettseitenteilen in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

keine Auffälligkeiten festgestellt

Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben)

trifft nicht zu

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

Prüfbogen A

P9

Prüfung bei der versorgten Person - Allgemeine Angaben

A. Angaben zur Prüfung

| | |
|-----------------------|----------------------------|
| 1. Auftragsnummer | 230626VS18102100-000001977 |
| 2. Datum | 27.06.2023 |
| 3. Uhrzeit | 10:05 |
| 4. Nummer Prüfbogen A | 9 |

B. Angaben zur versorgten Person

| | |
|--|--|
| 1. Name | P9 |
| 2. Pflegekasse | AOK |
| 3. Pflege-/Wohnbereich | 1 |
| 4. Geburtsdatum | **.**.1934 |
| 5. Alter in Jahren | 89 |
| 6. Einzugsdatum | **..04.2023 |
| 7. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung | Demenz, Diabetes mellitus |
| 8. Personenbezogener Code | |
| 9. Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung | <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| 10. Pflegegrad | <input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input checked="" type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5 |
| 11. Subgruppe | <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C |
| 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="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 13. Vorhandene Unterlagen | Pflegedokumentation |

| | | |
|---|-----------------------------|--|
| 14. Kurzzeitpflegegast | <input type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| Erläuterung zu 11. Subgruppe: Die versorgte Person ist keiner Subgruppe zugeordnet. | | |

C. Anwesende Personen

| | |
|---|---|
| 1. Name der Gutachterin oder des Gutachters | Mack, Natascha |
| 2. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters | M1 |
| 3. Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung | Stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft/ Altenpflegerin |
| 4. sonstige Personen (z. B. gesetzliche Betreuerin oder gesetzlicher Betreuer) | Ehepartner |

Qualitätsbereich 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 den Bedürfnissen der versorgten Person entspricht – zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität.

Informationserfassung

| 1. Beeinträchtigungen | Erläuterungen |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance | Die versorgte Person benötigt beim Gehen in ungewohnter Umgebung Orientierungshilfe. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen | Treppensteigen erfolgt mit Halten am Geländer und sichernder Begleitung. |
| 2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung | |
| Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung. | |

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zur Mobilität in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|---|---|---|

2. Stehen die Angaben zu gravierenden Sturzfolgen in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|---|---|---|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

| |
|--|
| A) keine Auffälligkeiten <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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 im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung**Qualitätsaussage**

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

Informationserfassung

| | |
|---|---|
| 1. Gewicht | |
| Gewicht aktuell (in kg) | 70,5 |
| Gewicht vor 3 Monaten (in kg) | |
| Gewicht vor 6 Monaten (in kg) | |
| Hinweise auf Gewichtsabnahme | keine |
| Größe (in cm) | 183,0 |
| Aktueller BMI | 21,1 |
| Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme | <p>Die versorgte Person ist bei der mundgerechten Zubereitung der Mahlzeiten auf Hilfe angewiesen. Zur Nahrungsaufnahme ist eine Aufforderung erforderlich.</p> <p>Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme.</p> |
| 2. Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme | |
| <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 |
| Flüssigkeit ml/24h + Flussrate | |

| | |
|---|--|
| Zustand der Sonde, Eintrittsstelle, Verband | |
| <input type="checkbox"/> Subkutane Infusion | |
| <input type="checkbox"/> i.v.-Infusion | |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmittel | |

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zum Gewicht und den Faktoren, die das Gewicht beeinflussen, in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|---|---|---|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

| | |
|---|--|
| Kontinenz | |
| Beeinträchtigungen der Harn- und Stuhlkontinenz | Die versorgte Person ist zeitweise harninkontinent und trägt kleine Vorlagen. Die Toilettengänge und Inkontinenzversorgung werden personell unterstützt. |
| Nutzung von | <input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter <input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten offen <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten geschlossen <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Sonstigem |

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

| Körperpflege | |
|--|---|
| Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im Bereich der Körperpflege | Unter kleinschrittiger Anleitung kann die versorgte Person die Pflege von Gesicht, vorderen Oberkörper und Intimbereich oberflächlich bewältigen. Die Pflegekraft bessert nach und übernimmt die verbleibende Körperpflege sowie die Mundhygiene. |

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zur Selbständigkeit bei der Selbstversorgung in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

keine Auffälligkeiten festgestellt

Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben)

trifft nicht zu

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5

| | |
|---|---|
| Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen auflisten) | Medikamentengabe: 2 x täglich, Insulingabe: 1 x täglich und in Abhängigkeit des Blutzuckerwertes, Blutzucker Kontrolle: 4 x täglich |
| Zusammenfassende Einschätzung der Selbständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen | Aufgrund kognitiver Einschränkungen ist zur Behandlungspflege personelle Hilfe erforderlich. |

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

| Schmerzmanagement | |
|--|---|
| 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 | |

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zum Thema Schmerz in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|---|---|---|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

2.3 Wundversorgung**Qualitätsaussage**

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

Informationserfassung

Bei der versorgten Person liegen keine Wunden vor.

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zur Dekubitusentstehung in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|---|---|---|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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**

- Absaugen
- Versorgung mit Beatmungsgerät
- Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose
- Versorgung von Drainagen
- Versorgung mit einem suprapubischen Katheter
- Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG)
- Versorgung mit Colo-/Ileo-/Uro- oder sonstigem Stoma
- Versorgung mit einer Trachealkanüle
- Versorgung mit einem zentralen Venenkatheter

Besondere ärztliche Anordnungen zu den oben genannten Bedarfslagen

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

Qualitätsaussage

Die versorgten Personen werden bedarfsgerecht und entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung im Umgang mit sonstigen therapiebedingten Anforderungen unterstützt.

Im Rahmen der Prüfung der Qualitätsaspekte 2.1 bis 2.4 wurden keine Auffälligkeiten oder Defizite bei der Durchführung weiterer ärztlich angeordneter bzw. verordneter Maßnahmen festgestellt, die nicht in die Bewertungen der Qualitätsaspekte 2.1 bis 2.4 eingeflossen sind.

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

3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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 Selbständigkeit 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 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 eingeschränkt orientiert, zu den weiteren Qualitäten überwiegend nicht. Die Gedächtnisleistung ist beeinträchtigt. Auf Nachfrage äußert sie Wünsche. |

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zur Selbständigkeit der versorgten Person bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte (Ergebniserfassung) in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|---|---|---|

2. Stehen die Angaben zu den kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten der versorgten Person in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|---|---|---|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

| |
|---|
| Fürsorgebesuche, Inkontinenzversorgung, Getränke-/Spätmahlzeitangebot |
|---|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

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.

Informationserfassung

| Unterstützung nach Einzug | |
|--|------------|
| Einzugsdatum | 09.04.2023 |
| Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf) | 26.06.2023 |
| Anpassung der Unterstützung während der ersten 8 Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf) | |

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zum Einzug und zur Durchführung eines Integrationsgesprächs in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |
|---|---|---|

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

| |
|--|
| 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

Grund, Dauer und Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten in den letzten 6 Monaten

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

Plausibilitätskontrolle

1. Entsprechen die Angaben zu Krankenhausaufenthalten im Erhebungsbogen für die Ergebniserfassung den Informationen aus anderen Informationsquellen?

keine Auffälligkeiten festgestellt Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) trifft nicht zu

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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 psychischen Problemlagen oder herausfordernd erlebtes Verhalten vor.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

Einsatzdauer und Art der freiheitsentziehenden Maßnahmen, Begründung des Einsatzes aus der Sicht der Einrichtung

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

Einwilligung oder Vorliegen/Beantragung einer richterlichen Genehmigung bzw. einer richterlichen Anordnung

Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben der Ergebniserfassung zur Anwendung von Gurten in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

keine Auffälligkeiten festgestellt Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) trifft nicht zu

2. Stehen die Angaben der Ergebniserfassung zur Anwendung von Bettseitenteilen in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

keine Auffälligkeiten festgestellt Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) trifft nicht zu

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

Prüfbogen C

Gesamtergebnis der Plausibilitätskontrolle

| | | |
|---|---|---|
| Auffälligkeiten im Erhebungsreport | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> kritischer Bereich |

Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

| | | |
|---|---|---|
| Angaben zur Mobilität (1.1) | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> kritischer Bereich |

| | | |
|---|---|---|
| Angaben zu gravierenden Sturzfolgen (1.1) | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> kritischer Bereich |

| | | |
|---|---|---|
| Angaben zu Gewichtsverlust und zu den Faktoren, die das Gewicht beeinflussen (1.2) | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> kritischer Bereich |

| | | |
|---|---|---|
| Angaben zur Selbstständigkeit bei der Selbstversorgung (1.4) | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> kritischer Bereich |

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

| | | |
|--|--|---|
| Angaben zum Thema Schmerz (2.2) | | |
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten | <input checked="" type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> kritischer Bereich |

Erläuterungen:

P3:

Die versorgte Person erhielt bereits vor dem 06.04.2023 Analgetika. Bei der Datenerhebung zum Stichtag 06.04.2023 waren die Analgetika unverändert verordnet.

| | | |
|---|---|---|
| Angaben zur Dekubitusentstehung (2.3) | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> kritischer Bereich |

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) | | |
|---|--|--|

| | | |
|---|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> kritischer Bereich |
|---|---|---|

Angaben zu den kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (3.2)

| | | |
|---|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> kritischer Bereich |
|---|---|---|

Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

Angaben zum Heimeinzug und zur Durchführung eines Integrationsgesprächs (4.1)

| | | |
|---|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> kritischer Bereich |
|---|---|---|

Angaben zu Krankenhausaufenthalten (4.2)

| | | |
|---|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> kritischer Bereich |
|---|---|---|

Angaben zur Anwendung von Gurten (4.4)

| | | |
|---|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> kritischer Bereich |
|---|---|---|

Angaben zur Anwendung von Bettseitenteilen (4.4)

| | | |
|---|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> kritischer Bereich |
|---|---|---|