



Medizinischer Dienst BW, Ahornweg 2, 77933 Lahr/Schwarzwald

**Medizinischer Dienst  
Baden-Württemberg**

Ahornweg 2  
77933 Lahr/Schwarzwald

[www.md-bw.de](http://www.md-bw.de)

Vorstandsvorsitzender  
Erik Scherb

Vorsitzende des Verwaltungsrates  
Irene Gölz <> Hubert Seiter

## **Prüfbericht nach §§ 114 ff SGB XI**

Auftragsnummer 210708VT18102100-000204661

### **Seniorenzentrum Bethel gGmbH Tagespflege**

**Wagnerstr. 5  
78647 Trossingen**

**Datum der Prüfung:** 08.07.2021

**Prüfer:** Gerd Aicher  
Pflegefachkraft  
Auditor

## **Prüfmaßstab**

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

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

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

Expertenstandards nach § 113 a SGB XI

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

Versorgungsvertrag für teilstationäre Pflege nach § 72 SGB XI

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

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

**1. Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung**

<b>1.1 Auftragsnummer:</b>	210708VT18102100-000204661
<b>1.2 Daten zur Einrichtung</b>	
a. Name	Seniorenzentrum Bethel gGmbH Tagespflege
b. Straße	Wagnerstr. 5
c. PLZ/Ort	78647 Trossingen
d. Institutskennzeichen (IK)	510832698
e. Telefon	07425 932 0
f. Fax	07425 932 109
g. E-Mail	SZTR@bethelnet.de
h. Internet-Adresse	www.bethelnet.de
i. Träger/Inhaber	Gesundheitswerke Bethel Berlin gGmbH Promenadenstraße 5a 12207 Berling
j. Trägerart <input checked="" type="radio"/> privat <input type="radio"/> öffentlich <input type="radio"/> freigemeinnützig <input type="radio"/> nicht zu ermitteln	
k. ggf. Verband	
l. Einrichtungsart	<input type="radio"/> Stationär <input checked="" type="radio"/> Teilstationär <input type="radio"/> Kurzzeitpflege
m. Datum Abschluss Versorgungsvertrag	13.10.2015
n. Datum Inbetriebnahme der stationären Pflegeeinrichtung	01.11.2015
o. Heimleitung Name	
p. Verantw. PFK Name	Helena Rill
q. Stellv. verantw. PFK	Olga Trippel
r. ggf. vorhandene Zweigstellen/Filialen	keine

s. Zertifizierung

 liegt vor liegt nicht vor

1.3 Daten zur Prüfung	
a. Auftraggeber	Verband AOK/BKK/IKK/LKK/vdek/Bukna
Zuständiger Landesverband der Pflegekassen	<input checked="" type="radio"/> AOK <input type="radio"/> IKK <input type="radio"/> LKK <input type="radio"/> BKK <input type="radio"/> KBS <input type="radio"/> vdek
b. Prüfung durch	Medizinischer Dienst
c. Datum (TT.MM.JJJJ)	08.07.2021
	von TT.MM.JJ
	von TT.MM.JJ
d. Uhrzeit	08:30
1. Tag	von
	bis
2. Tag	von
	bis
3. Tag	von
	bis
e. Gesprächspartner der stationären Pflegeeinrichtung	Andreas Hilz Carina Schumpp Claus Ströbele Olga Trippel Gabriele Kariégus
f. Prüfende(r) Gutachter	Gerd Aicher
g. An der Prüfung Beteiligte	Namen:
<input checked="" type="checkbox"/> Keine	
<input type="checkbox"/> Pflegekasse	
<input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger	
<input type="checkbox"/> Nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde	
<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt	
<input type="checkbox"/> Trägerverband	
<input type="checkbox"/> Sonstige: welche?	
h. Ansprechpartner des Medizinischen Dienstes / PKV-Prüfdienstes für die DCS	Name Anne Buck E-Mailadresse helene_anne.buck@md-bw.de

1.4 Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI	
a.	<input checked="" type="radio"/> Regelprüfung
b.	<input type="radio"/> Anlassprüfung (Beschwerde Pflegebedürftige, Angehörige o.ä.)
	<input type="radio"/> Anlassprüfung (Hinweise von anderen Institutionen)
	<input type="radio"/> Anlassprüfung (sonstige Hinweise)
	<input type="radio"/> Wiederholungsprüfung

c. <input type="radio"/> nach Regelprüfung <input type="radio"/> nach Anlassprüfung	
d. <input type="checkbox"/> nächtliche Prüfung	
e. Datum der letzten Prüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI	18.02.2020 TT.MM.JJJJ
f. Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen	TT.MM.JJJJ
<input type="checkbox"/> Nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde	
<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt	
<input type="checkbox"/> Sonstige	
<input checked="" type="checkbox"/> keine Angaben	

M/Info					
1.5 Art der Einrichtung und Versorgungssituation					
	Vollstationäre Pflege	Kurzzeitpflege	Teilstationäre Pflege - Tag	Teilstationäre Pflege - Nacht	ggf. Bewohner im Schwerpunkt
vorgehaltene Plätze	0	0	25	0	0
belegte Plätze	0	0	13	0	0
davon vorgehaltene Plätze nach Organisationsform					
angegliedert	0	0	0	0	0
eingestreut	0	0	0	0	0
solitär	0	25	0	0	0

M/Info									
1.6 Struktur der Wohn- und Pflegebereiche									
Wohn- / Pflegebereich	Bereich auf 1 Ebene	Anzahl Bewohner	davon nach SGB XI eingestuft in Pflegegrad						
			keiner	1	2	3	4	5	n.n. eingestuft
TP	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	13	1	2	1	6	3	0	0
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	0	0	0	0	0	0	0	0
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	0	0	0	0	0	0	0	0
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	0	0	0	0	0	0	0	0
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	0	0	0	0	0	0	0	0
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Gesamt:</b>		13	1	2	1	6	3	0	0

<b>1.7 Nach Angabe der stationären Pflegeeinrichtung Anzahl Bewohner mit:</b>	
a. Wachkoma	0
b. Beatmungspflicht	0
c. Dekubitus	0
d. Blasenkatheter	0
e. PEG-Sonde	0
f. Fixierung	0
g. Kontraktur	3
h. vollständiger Immobilität	0
i. Tracheostoma	0
j. MRSA	0
<b>1.8 Ist ein pflegfachlicher Schwerpunkt vereinbart?</b>	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein

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

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

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

## **2. Zusammenfassende Beurteilung**

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

Zwei Tagesgäste konnten nicht zur Zufriedenheit befragt werden.

In der Einrichtung wurden fünf Tagesgäste visitiert.

### **3. Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten**

---

Datum, Gerd Aicher

## **Anlage zum Prüfbericht nach §§ 114 SGB XI**

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

### **Inhaltsverzeichnis**

Kapitel 1 Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

Kapitel 2 Allgemeine Angaben

Kapitel 3 Aufbauorganisation Personal

Kapitel 4 Ablauforganisation

Kapitel 5 Qualitätsmanagement

Kapitel 6 Hygiene

Kapitel 7 Verpflegung

Kapitel 8 Betreuung

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

Kapitel 9 Allgemeine Angaben

Kapitel 10 Behandlungspflege

Kapitel 11 Mobilität

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Kapitel 13 Harninkontinenz

Kapitel 14 Umgang mit Demenz

Kapitel 15 Körperpflege

Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

Kapitel 18 Befragung der Bewohner als zusammenfassende Darstellung aller befragten Personen

### **Kapitel 1 Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung**

(siehe Punkt 1 des Prüfberichts)

### **Kapitel 2 Allgemeine Angaben**

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

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

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

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.



### Kapitel 3 Aufbauorganisation Personal

#### 3.3 Die verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

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

Stunden 39,0

#### 3.5 Ist die verantwortliche Pflegefachkraft in der direkten Pflege tätig?

Die verantwortliche Pflegefachkraft ist nicht in der direkten Pflege tätig.

Info							
<b>3.8 Zusammensetzung Personal</b>							
a. Basis für Vollzeit Stunden / Woche					39,00		
	Vollzeit Stunden / Woche		Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		
Geeignete Kräfte:	Anz. MA	Stellen- umfang	Anz. MA	Stellen- umfang	Anz. MA	Stellen- umfang	Gesamtstellen in Vollzeit
Verantwortliche Pflegefachkraft					1	3,90	0,10
Stellv. verantwortliche Pflegefachkraft	1	39,00					1,00
Altenpfleger/in			1	19,50			0,50
(Gesundheits- und) Krankenpfleger/in							0,00
(Gesundheits- und) Kinderkrankenpfleger/in							0,00
Heilerziehungspfleger/in							0,00
Krankenpflegehelfer/in							0,00
Altenpflegehelfer/in							0,00
angelernte Kräfte							0,00
Auszubildende							0,00
Bundesfreiwilligendienst-leis- tende							0,00
Freiwilliges soz. Jahr							0,00
Sonstige			1	19,50	2	10,78	1,05
<b>Betreuung</b>							

Seniorenzentrum Bethel gGmbH Tagespflege

Sozialpädagogen							0,00
Sozialarbeiter/in							0,00
Ergotherapeuten / Beschäftigungs- therapeuten							0,00
Zusätzliche Betreuungskräfte nach § 85 Abs. 8 SGB XI			1	29,25			0,75
Sonstige							0,00
<b>hauswirtschaftliche Versorgung</b>							
hauswirtschaftliche Fachkräfte (2-3 jährige Ausbildung)							0,00
Hilfskräfte und angelernte Kräfte							0,00

## **Kapitel 4 Ablauforganisation**

### **4.1 Ist die Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert?**

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

### **4.2 Nimmt die verantwortliche Pflegefachkraft ihre Aufgaben wahr?**

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

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

Diese Frage trifft nicht zu.

### **4.4 Liegen geeignete Dienstpläne für die Pflege vor?**

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

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

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

## Kapitel 5 Qualitätsmanagement

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

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

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

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

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

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

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

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

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

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

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

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

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

### 5.7 (T50) Erfolgt eine nachweisliche Bearbeitung von Beschwerden?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

## **Kapitel 6 Hygiene**

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

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

### **6.2 Gibt es in der Pflegeeinrichtung ein angemessenes Hygienemanagement?**

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

### **6.3 Stehen den Mitarbeitern in erforderlichem Umfang Arbeitshilfen zur Verfügung?**

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

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

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

## **Kapitel 7 Verpflegung**

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

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

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

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

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

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

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

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

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

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

## **Kapitel 8 Betreuung**

### **8.1 Werden Leistungen der Betreuung angeboten?**

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

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

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

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

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

### **8.4 Wird die Betreuung durch festangestellte Mitarbeiter koordiniert?**

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

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

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

Wenn ja, welche?

Gerontopsychiatrische Fachkraft 2 Mitarbeiter (verantwortliche Pflegefachkraft und stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft)

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

Stellenumfang: 0

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

Ja

Wenn ja, mit welchem Stellemumfang? 0,65

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

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

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

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

**8.10 (T49) Gibt es konzeptionelle Aussagen zur Sterbebegleitung?**

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

**P1****Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner**

<b>9.1 Auftragsnummer:</b>			210708VT18102100-000204661		
Datum	08.07.2021	Uhrzeit	12:19	Nummer Erhebungsbogen	P1

<b>9.2 Angaben zum Bewohner</b>	
a. Name	P1
b. Pflegekasse	DAK
c. Pflege- / Wohnbereich	TP
d. Geburtsdatum	1938
e. Einzugsdatum	19.05.2021
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Vorhofflimmern, dementielle Entwicklung, arterielle Hypertonie, Benigne Prostatahyperplasie
g. Pflegegrad <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 4	
h. Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
j. Vorhandene Unterlagen	Pflegedokumentation

<b>9.3 Anwesende Personen</b>	
a. Gutachter	Gerd Aicher
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	Assistenz der Geschäftsführung / Sozialarbeiterin und Betriebswirtin stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft / Wohnbereichsleitung / Altenpflegerin Krankenschwester
c. Name des Mitarbeiters	M1 M2 M3
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	keine

**Kapitel 10 Behandlungspflege**

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

<b>10.3</b> Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen (T24) Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein tnz
<b>10.5</b> (T26) Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein
<b>10.6</b> Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen?	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>

**Kapitel 11 Mobilität**

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

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

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

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

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

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

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

**Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung**

<b>12.1</b> Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.

a. Gewicht	Datum	24.06.2021		
	kg	66,60		
b. Aktuelle Größe	166 cm			
c. BMI	24,17 kg/m <sup>2</sup>			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen			
	<input checked="" type="radio"/> konstant			
	<input type="radio"/> relevante Abnahme			
	<input type="radio"/> kann nicht ermittelt werden			
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig			
	<input type="checkbox"/> konzentrierter Urin			
	<input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute			
	<input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

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

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

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

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

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

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

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

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

**Kapitel 13 Harninkontinenz**

---

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

**Kapitel 14 Umgang mit Demenz**

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

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

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

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

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

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

**Kapitel 15 Körperpflege**

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

<b>15.3 Mundzustand / Zähne</b>
---------------------------------

**Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität**

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

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

## Kapitel 17 Sonstiges

### Bewohner 1

	ja nein
<b>17.1 Besteht ein kritisches Ereignis?</b>	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
<b>17.2 Sonstiges</b>	

Die versorgte Person kann nicht zu ihrer Zufriedenheit befragt werden.

## P2

### Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner

<b>9.1 Auftragsnummer:</b>	210708VT18102100-000204661				
Datum	08.07.2021	Uhrzeit	11:06	Nummer Erhebungsbogen	P2
<b>9.2 Angaben zum Bewohner</b>					
a. Name	P2				
b. Pflegekasse	AOK				
c. Pflege- / Wohnbereich	TP				
d. Geburtsdatum	1936				
e. Einzugsdatum	04.06.2018				
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	chronische Herzinsuffizienz, Polyneuropathie, Miller-Fischer-Syndrom, Guillain-Barre-Syndrom, Depressionen, Morbus Parkinson, chronische Niereninsuffizienz				
g. Pflegegrad <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 4					
h. Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein				

demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?	
i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
j. Vorhandene Unterlagen	Pflegedokumentation

<b>9.3 Anwesende Personen</b>	
a. Gutachter	Gerd Aicher
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	Assistenz der Geschäftsführung / Sozialarbeiterin und Betriebswirtin stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft / Wohnbereichsleitung / Altenpflegerin Krankenschwester
c. Name des Mitarbeiters	M1 M2 M3
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	keine

### Kapitel 10 Behandlungspflege

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

### Kapitel 11 Mobilität

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

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

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

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

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

(T19) Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?  ja  nein

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

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

**Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung**

<b>12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung</b>				
a. Gewicht		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
	Datum	24.06.2021		
	kg	83,10		
b. Aktuelle Größe	155 cm			
c. BMI	34,59 kg/m <sup>2</sup>			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input checked="" type="radio"/> kann nicht ermittelt werden			
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Kapitel 13 Harninkontinenz

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

### Kapitel 14 Umgang mit Demenz

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

### Kapitel 15 Körperpflege

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

<b>15.3 Mundzustand / Zähne</b>
---------------------------------

### Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

	ja nein
<b>16.4 Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften</b>	

(T31) durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
---------------------	--

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

## Kapitel 17 Sonstiges

### Bewohner 2

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

## P3

### Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner

9.1 Auftragsnummer:	210708VT18102100-000204661				
Datum	08.07.2021	Uhrzeit	12:56	Nummer Erhebungsbogen	P3

<b>9.2 Angaben zum Bewohner</b>	
a. Name	P3
b. Pflegekasse	AOK
c. Pflege- / Wohnbereich	TP
d. Geburtsdatum	1948
e. Einzugsdatum	03.09.2020
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Benigne Hypertonie, Morbus Parkinson, Essentieller Tremor
g. Pflegegrad <input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 4	
h. Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
j. Vorhandene Unterlagen	Pflegedokumentation

<b>9.3 Anwesende Personen</b>	
a. Gutachter	Gerd Aicher
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	Assistenz der Geschäftsführung / Sozialarbeiterin und Betriebswirtin stellvertretende verantwortliche

	Pflegefachkraft / Wohnbereichsleitung / Altenpflegerin Krankenschwester
c. Name des Mitarbeiters	M1 M2 M3
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	keine

### Kapitel 10 Behandlungspflege

	ja    nein    tnz
<b>10.3</b> Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen (T24) Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja    nein    tnz
<b>10.5</b> Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht? (T26)	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja    nein
<b>10.6</b> Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen?	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>

### Kapitel 11 Mobilität

<b>11.1</b> Bewohner angetroffen	
a. <input type="radio"/> liegend <input checked="" type="radio"/> sitzend <input type="radio"/> stehend	
b. <input checked="" type="radio"/> Tageskleidung <input type="radio"/> Nachtwäsche	
	ja    nein
<b>11.2</b> Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja    nein
<b>11.3</b> Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
Von: <input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen	
	ja    nein
<b>11.4</b> Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst? (T18)	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja    nein    tnz
<b>11.5</b> Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche (T19) Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
<b>11.6</b> Liegt ein Dekubitusrisiko vor?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
	von:

	<input type="checkbox"/> Gutachter erhoben <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen
--	--

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

**Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung**

<b>12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung</b>				
		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
a. Gewicht	Datum	24.06.2021		
	kg	64,10		
b. Aktuelle Größe	158 cm			
c. BMI	25,68 kg/m <sup>2</sup>			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen			
	<input checked="" type="radio"/> konstant			
	<input type="radio"/> relevante Abnahme			
	<input type="radio"/> kann nicht ermittelt werden			
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig			
	<input type="checkbox"/> konzentrierter Urin			
	<input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute			
	<input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

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

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

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

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

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

	ja	nein	tnz
<b>12.8 Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der</b>			

(T11) selbständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
--	--

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

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

### Kapitel 13 Harninkontinenz

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

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

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

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

### Kapitel 14 Umgang mit Demenz

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

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

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

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

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

### Kapitel 15 Körperpflege

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

### Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

### Kapitel 17 Sonstiges

#### Bewohner 3

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

Die versorgte Person kann nicht zu ihrer Zufriedenheit befragt werden.

**P4****Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner**

<b>9.1 Auftragsnummer:</b>			210708VT18102100-000204661		
Datum	08.07.2021	Uhrzeit	12:38	Nummer Erhebungsbogen	P4

<b>9.2 Angaben zum Bewohner</b>	
a. Name	P4
b. Pflegekasse	DAK
c. Pflege- / Wohnbereich	TP
d. Geburtsdatum	1929
e. Einzugsdatum	08.06.2017
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Gangstörungen, Hypertonie, Coxarthrose rechts mit Schmerzen
g. Pflegegrad ● 1 ○ 3 ○ 5 ○ 2 ○ 4	
h. Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
j. Vorhandene Unterlagen	Pflegedokumentation

<b>9.3 Anwesende Personen</b>	
a. Gutachter	Gerd Aicher
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	Assistenz der Geschäftsführung / Sozialarbeiterin und Betriebswirtin stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft / Wohnbereichsleitung / Altenpflegerin Krankenschwester
c. Name des Mitarbeiters	M1 M2 M3
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	keine

**Kapitel 10 Behandlungspflege**

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



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

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

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

**Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung**

<b>12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung</b>				
		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
a. Gewicht	Datum	24.06.2021		
	kg	56,20		
b. Aktuelle Größe	154 cm			
c. BMI	23,7 kg/m <sup>2</sup>			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen			
	<input checked="" type="radio"/> konstant			
	<input type="radio"/> relevante Abnahme			
	<input type="radio"/> kann nicht ermittelt werden			
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig			
	<input type="checkbox"/> konzentrierter Urin			
	<input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute			
	<input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

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

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

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

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

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

### Kapitel 13 Harninkontinenz

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

### Kapitel 14 Umgang mit Demenz

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

### Kapitel 15 Körperpflege

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

<b>15.3 Mundzustand / Zähne</b>
---------------------------------

### Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

--	--

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

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

## Kapitel 17 Sonstiges

### Bewohner 4

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

## P5

### Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner

<b>9.1 Auftragsnummer:</b>	210708VT18102100-000204661				
Datum	08.07.2021	Uhrzeit	13:13	Nummer Erhebungsbogen	P5

<b>9.2 Angaben zum Bewohner</b>	
a. Name	P5
b. Pflegekasse	AOK
c. Pflege- / Wohnbereich	TP
d. Geburtsdatum	1947
e. Einzugsdatum	26.11.2020
f. Aktuelle pflegerrelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Depressionen, COPD, Burning-Feet-Syndrom
g. Pflegegrad <input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 4	
h. Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
j. Vorhandene Unterlagen	Pflegedokumentation

<b>9.3 Anwesende Personen</b>	
a. Gutachter	Gerd Aicher
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	Assistenz der Geschäftsführung / Sozialarbeiterin und Betriebswirtin

	stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft / Wohnbereichsleitung / Altenpflegerin Krankenschwester
c. Name des Mitarbeiters	M1 M2 M3
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	keine

**Kapitel 10 Behandlungspflege**

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

**Kapitel 11 Mobilität**

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

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

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

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

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

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

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

## Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung					
a. Gewicht		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.	
	Datum	22.06.2021			
	kg	86,60			
b. Aktuelle Größe	174 cm				
c. BMI	28,6 kg/m <sup>2</sup>				
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input checked="" type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input type="radio"/> kann nicht ermittelt werden				
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten				
<b>12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?</b>			<input checked="" type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Von:		<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen			
<b>12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?</b>			<input checked="" type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Von:		<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen			
			ja	nein	
<b>12.5 (T7)</b>	<b>Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?</b>		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			ja	nein	
<b>12.6 (T10)</b>	<b>Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?</b>		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			ja	nein	tnz
<b>12.7 (T8)</b>	<b>Werden bei Einschränkungen der selbständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt?</b>		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			ja	nein	tnz
<b>12.8 (T11)</b>	<b>Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?</b>		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			ja	nein	
<b>12.9 (T9)</b>	<b>Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?</b>		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			ja	nein	

**12.10 Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der (T12) Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?**

**Kapitel 13 Harninkontinenz**

**13.2 Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?**

ja  nein

Von:

- Gutachter beurteilt  
 Einrichtung übernommen

**Kapitel 14 Umgang mit Demenz**

**14.1 Orientierung und Kommunikation**

- a. sinnvolles Gespräch möglich  ja  nein  
 b. nonverbale Kommunikation möglich  ja  nein  
 c. Orientierung in allen Qualitäten vorhanden  ja  nein

**14.2 Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biografie des Bewohners (T33) beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?**

ja nein tnz

**14.3 Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und (T34) Bezugspersonen in die Planung der Pflege und Betreuung einbezogen?**

ja nein tnz

**14.4 Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der (T35) Pflege und Betreuung berücksichtigt?**

ja nein tnz

**14.5 Werden Bewohnern mit Demenz geeignete (T40) Freizeit-/Beschäftigungsangebote gemacht?**

ja nein tnz

**14.6 Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag (T36) beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?**

ja nein tnz

**Kapitel 15 Körperpflege**

**15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut**

Beschreibung

- a.  normal

(Beschreibung nicht erforderlich)

**15.3 Mundzustand / Zähne**

**Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität**

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

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

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

**Kapitel 17 Sonstiges**

**Bewohner 5**

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

## **Kapitel 18 Befragung der Bewohner als zusammenfassende Darstellung aller befragten Personen**

### **18.3 (T67) Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?**

Die Frage trifft für 3 von 3 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer 3 Bewohner

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

Die Frage trifft für 3 von 3 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer 3 Bewohner

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

Die Frage trifft für 3 von 3 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer 3 Bewohner

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

Die Frage trifft für 3 von 3 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer 3 Bewohner

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

Die Frage trifft für 0 von 3 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

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

Die Frage trifft für 0 von 3 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

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

Die Frage trifft für 0 von 3 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

### **18.10 (T70) Schmeckt Ihnen das Essen?**

Die Frage trifft für 3 von 3 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer 3 Bewohner

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

Die Frage trifft für 3 von 3 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer 3 Bewohner

### **18.12 (T71) Sind Sie mit den Essenszeiten zufrieden?**

Die Frage trifft für 3 von 3 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer 3 Bewohner

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

Die Frage trifft für 3 von 3 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer 3 Bewohner

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

Die Frage trifft für 3 von 3 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer 3 Bewohner

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

Die Frage trifft für 3 von 3 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer 3 Bewohner

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

Die Frage trifft für 3 von 3 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer 3 Bewohner

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

Die Frage trifft für 3 von 3 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer 3 Bewohner

**18.18 (T65) Entspricht die Hausreinigung Ihren Erwartungen?**

Die Frage trifft für 3 von 3 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer 3 Bewohner

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

Die Frage trifft für 0 von 3 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

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

Die Frage trifft für 0 von 3 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

## Zusatzinfos