



Medizinischer Dienst
der Krankenversicherung
Baden-Württemberg

Ahornweg 2
77933 Lahr/Schw.

www.mdkbw.de

Geschäftsführer
Erik Scherb

Vorsitzende des Verwaltungsrates
Biggi Bender <-> Monika Lersmacher

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

Prüfbericht nach §§ 114 ff SGB XI

Auftragsnummer 200218VT18102100-000195037

Seniorenzentrum Bethel gGmbH Tagespflege

Wagnerstr. 5
78647 Trossingen

Datum der Prüfung: 18.02.2020

Prüfer: Maria_Luise Reichard
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 zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI für die teilstationäre Pflege (Tagespflege) vom 10. Dezember 2012

Grundsätze und Maßstäbe zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 80 SGB XI für die teilstationäre Pflege in der Fassung vom 31. Mai 1996 für den Bereich der Nachtpflege

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)

Um die Anonymität der bei der Stichprobe anwesenden Person zu wahren, wird im Prüfbericht nur die männliche Form verwendet.

1. Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

1.1 Auftragsnummer:	200218VT18102100-000195037
1.2 Daten zur Einrichtung	
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 Berlin
j. Trägerart <input checked="" type="radio"/> privat <input type="radio"/> freigemeinnützig <input type="radio"/> öffentlich <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	12.11.2018
n. Datum Inbetriebnahme der stationären Einrichtung	01.11.2015
o. Heimleitung Name	
p. Verantw. PFK Name	Helena Rill
q. Stellv. verantw. PFK	Elena Scheppe
r. ggf. vorhandene Zweigstellen/Filialen	keine
s. Zertifizierung	<input checked="" type="radio"/> liegt vor <input type="radio"/> liegt nicht vor
Name des Ansprechpartners für die DCS	Andreas Hilz

t.	
u. E-Mailadresse des Ansprechpartners für die DCS	SZTR@bethelnet.de
v. Rufnummer des Ansprechpartners für die DCS	07425 932 0
w. Faxnummer des Ansprechpartners für die DCS	07425 932 109

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	MDK	
c. Datum (TT.MM.JJJJ)	18.02.2020	20.02.2020
	von TT.MM.JJ	bis TT.MM.JJ
d. Uhrzeit 1. Tag	09:00	15:10
	von	bis
	08:30	10:30
2. Tag	von	bis
3. Tag	von	bis
e. Gesprächspartner der stationären Pflegeeinrichtung	Andreas Hilz Elena Scheppe Olga Trippel Klaus Ströbele Charlotte Disteler Carina Schumpp	
f. Prüfende(r) Gutachter	Maria_Luise Reichard	
g. An der Prüfung Beteiligte	Namen:	
<input checked="" type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Pflegekasse <input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger <input type="checkbox"/> Nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Trägerverband <input type="checkbox"/> Sonstige: welche?		
h. Ansprechpartner des MDK / PKV-Prüfendienstes für die DCS	Name Anne Buck	
	E-Mailadresse helene_anne.buck@mdkbw.de	

1.4 Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI

a. Regelprüfung

b. Anlassprüfung (Beschwerde Bewohner, Angehörige o.ä.)
 Anlassprüfung (Hinweise von anderen Institutionen)
 Anlassprüfung (sonstige Hinweise)
 Wiederholungsprüfung

c.

d. nächtliche Prüfung

e. Datum der letzten Prüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI: 29.07.2019
 TT.MM.JJJJ

f. Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen: TT.MM.JJJJ

Nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde
 Gesundheitsamt
 Sonstige
 keine Angaben

M/Info					
1.5 Art der Einrichtung und Versorgungssituation					
	Vollstationäre Pflege	Kurzzeitpflege	Teilstationäre Pflege - Tag	Teilstationäre Pflege - Nacht	ggf. Bewohner im Schwerpunkt
vorgehaltene Plätze	0	0	25	0	0
belegte Plätze	0	0	22	0	0
davon vorgehaltene Plätze nach Organisationsform					
	angegliedert	0	0	0	0
	eingestreut	0	0	0	0
	solitär	0	25	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
Tagespflege	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	22	0	0	8	6	7	1	0
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	0	0	0	0	0	0	0	0
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	0	0	0	0	0	0	0	0
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	0	0	0	0	0	0	0	0
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	0	0	0	0	0	0	0	0
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	0	0	0	0	0	0	0	0
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	0	0	0	0	0	0	0	0
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	0	0	0	0	0	0	0	0

	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein								
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	0	0	0	0	0	0	0	0
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	0	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt:		22	0	0	8	6	7	1	0

1.7 Nach Angabe der stationären Pflegeeinrichtung Anzahl Bewohner mit:	
a. Wachkoma	0
b. Beatmungspflicht	0
c. Dekubitus	0
d. Blasenkatheter	0
e. PEG-Sonde	0
f. Fixierung	0
g. Kontraktur	2
h. vollständiger Immobilität	0
i. Tracheostoma	0
j. MRSA	0

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

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

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

2. Zusammenfassende Beurteilung

Die erforderliche Stichprobengröße konnte nicht erreicht werden, weil in Pflegegrad 5 nur eine versorgte Person angetroffen wurde.

In der Einrichtung wurden acht Tagesgäste visitiert.

3. Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten

Datum, Maria_Luise Reichard

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 wird vollständig erfüllt.

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

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

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

Die Prüffrage 2.3 b wird nicht geprüft, da diese Frage nicht auf teilstationäre Pflegeeinrichtungen zutrifft. Diese Frage wird generell mit „tnz“ beantwortet.

Kapitel 3 Aufbauorganisation Personal

3.3 Die verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

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

Stunden 4,0

10 %

3.5 Ist die verantwortliche Pflegefachkraft in der direkten Pflege tätig?

Die verantwortliche Pflegefachkraft ist nicht in der direkten Pflege tätig.

Info							
3.8 Zusammensetzung Personal							
a. Basis für Vollzeit Stunden / Woche				40,00			
	Vollzeit Stunden / Woche		Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		Gesamtstellen in Vollzeit
	Anz. MA	Stellen- umfang	Anz. MA	Stellen- umfang	Anz. MA	Stellen- umfang	
Geeignete Kräfte:							
Verantwortliche Pflegefachkraft					1	4,00	0,10
Stellv. verantwortliche Pflegefachkraft	1	36,00					0,90
Altenpfleger/in	1	38,50					0,96
(Gesundheits- und) Krankenpfleger/in							0,00
(Gesundheits- und) Kinderkrankenpfleger/in							0,00
Heilerziehungspfleger/in							0,00
Krankenpflegehelfer/in							0,00
Altenpflegehelfer/in							0,00
angelernete Kräfte			1	20,00			0,50
Auszubildende							0,00
Bundesfreiwilligendienst- leistende							0,00
Freiwilliges soz. Jahr							0,00
Sonstige	1	40,00	2	11,00			1,55
Betreuung							
Sozialpädagogen							0,00
Sozialarbeiter/in							0,00
Ergotherapeuten / Beschäftigungs- therapeuten							0,00

Seniorenzentrum Bethel gGmbH Tagespflege

Zusätzliche Betreuungskräfte nach § 85 Abs. 8 SGB XI	1	40,00					1,00
Sonstige							0,00

Für die stationäre und teilstationäre Einrichtung liegt ein Gesamtversorgungsvertrag vor.

Kapitel 4 Ablauforganisation

4.1 Ist die Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert?

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

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

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

4.4 Liegen geeignete Dienstpläne für die Pflege vor?

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

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

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

Kapitel 5 Qualitätsmanagement

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

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

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

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

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

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

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

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

5.7 (T50) Erfolgt eine nachweisliche Bearbeitung von Beschwerden?

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

Kapitel 6 Hygiene

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

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

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

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

Kapitel 7 Verpflegung

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

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

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

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

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

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

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

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

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

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

Kapitel 8 Betreuung

8.1 Werden Leistungen der Betreuung angeboten?

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

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

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

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

Stellenumfang: 0

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

Ja

Wenn ja, mit welchem Stellenumfang? 0,90

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

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

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

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

8.10 (T49) Gibt es konzeptionelle Aussagen zur Sterbebegleitung?

Die Anforderung wird vollständig erfüllt.

Die Frage „8.10“ wird nicht geprüft, da diese Frage für teilstationäre Pflegeeinrichtungen nicht zutrifft. Da die Frage nur mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden kann, beantwortet der Gutachter die Frage mit „Ja“.

P1

Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner

9.1 Auftragsnummer:			200218VT18102100-000195037		
Datum	18.02.2020	Uhrzeit	13:05	Nummer Erhebungsbogen	P1

9.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P1
b. Pflegekasse	AOK
c. Pflege- / Wohnbereich	.
d. Geburtsdatum	1946
e. Einzugsdatum	18.12.2015
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Antrum- und Korpusgastritis, normochrome, mikrozytäre Anämie, chronische Refluxösophagitis, persistierende Schluckbeschwerden, Sigamasiverkkulose, dementielle Entwicklung
g. Pflegegrad <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 4	
h. Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
j. Vorhandene Unterlagen	Pflegedokumentation

9.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	Maria_Luise Reichard
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	Pflegerische Leitung Tagespflege / Gesundheits- und Krankenpflegerin
c. Name des Mitarbeiters	M1
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	keine

Kapitel 10 Behandlungspflege

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

--	--

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

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

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

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

Die versorgte Person nimmt bei Bedarf die ärztlich verordneten Medikamente eigenverantwortlich ein.

Kapitel 11 Mobilität

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

Die versorgte Person wird am Esstisch sitzend im Gemeinschaftsraum der Tagespflege angetroffen. Zur Befragung geht sie selbstständig am Rollator in einen ruhigen Raum. Sie reicht dem Gutachter zur Begrüßung die Hand und ist mit der Visitation einverstanden. Ein Gespräch ist ohne Einschränkungen möglich.

Die versorgte Person ist zur Person, zum Ort, zur Zeit und zur Situation orientiert und kann Wünsche und Bedürfnisse äußern.

Die versorgte Person besucht die Tagespflege 5 x wöchentlich. Sie wird vom Fahrdienst der Tagespflege gebracht und zurück in die Häuslichkeit gefahren.

Die versorgte Person ist gesellig und nimmt gerne an den Betreuungsangeboten teil.

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

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

Die versorgte Person hat Bewegungseinschränkungen im rechten Schultergelenk. Sie kann den rechten

Arm bis auf Brusthöhe anheben; den linken Arm kann sie uneingeschränkt anheben.
 Sie hat eine Beinverkürzung des rechten Beines. Das rechte Bein ist 1,5 cm kürzer als das linke Bein. Dies wird mit orthopädischen Schuhen korrigiert. Die versorgte Person ist in der Vergangenheit mehrfach gestürzt. Sie kann mit Hilfe ihres Rollators oder mit Hilfe einer Unterarmgestützte selbstständig gehen. Ihr Gang ist unsicher und verlangsamt. Sie tritt beim Gehen nur auf ihre Zehenspitzen auf. Transfers und Lageveränderungen kann sie ohne personelle Hilfe durchführen.

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

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

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

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

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

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
a. Gewicht	Datum	04.02.2020	07.11.2019	02.09.2019
	kg	75,00	72,60	68,30
b. Aktuelle Größe	180 cm			
c. BMI	23,15 kg/m ²			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input checked="" type="radio"/> zugenommen <input type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input type="radio"/> kann nicht ermittelt werden			
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

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

Die versorgte Person hat Schluckstörungen. Sie erhält überwiegend passierte Kost und hochkalorische Zwischenmahlzeiten.
Die versorgte Person ist in logopädischer Behandlung.

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

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

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

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

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

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

Kapitel 13 Harninkontinenz

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

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

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

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

Kapitel 14 Umgang mit Demenz

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

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

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

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

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

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

Kapitel 15 Körperpflege

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

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

15.3 Mundzustand / Zähne

Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

Kapitel 17 Sonstiges

Bewohner 1

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

P2

Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner

9.1 Auftragsnummer:	200218VT18102100-000195037				
Datum	18.02.2020	Uhrzeit	11:43	Nummer Erhebungsbogen	P2

9.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P2
b. Pflegekasse	Privatkasse
c. Pflege- / Wohnbereich	.
d. Geburtsdatum	1941
e. Einzugsdatum	25.01.2018
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Adipositas, globale dekompensierte Rechtsherzinsuffizienz, Vorhofflimmern, metabolisches Syndrom, insulinpflichtiger Diabetes mellitus, diabetisches Fußsyndrom
g. Pflegegrad <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 5 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 4	
h. Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein

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

9.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	Maria_Luise Reichard
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	Pflegerische Leitung Tagespflege / Gesundheits- und Krankenpflegerin
c. Name des Mitarbeiters	M2
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	keine

Kapitel 10 Behandlungspflege

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

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

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

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

Die versorgte Person hat chronische Schmerzen im rechtes Knie, ausstrahlend in das rechte Bein. Sie möchte aktuell keine Schmerzmedikation einnehmen.

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

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

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

Die versorgte Person möchte keine Schmerzmedikation in der Tagespflegeeinrichtung einnehmen.

Kapitel 11 Mobilität

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

Die versorgte Person wird am Esstisch sitzend im Gemeinschaftsraum der Tagespflege angetroffen. Sie reicht dem Gutachter zur Begrüßung die Hand und ist mit der Visitation einverstanden. Zum Gespräch geht sie mit personeller Unterstützung am Rollator in den Ruheraum. Ein Gespräch ist ohne Einschränkungen möglich. Die versorgte Person ist zur Person, zum Ort, zur Zeit und zur Situation orientiert und kann Wünsche und Bedürfnisse äußern.

Die versorgte Person besucht die Tagespflege 4 x wöchentlich. Sie wird vom Fahrdienst der Tagespflege gebracht und zurück in die Häuslichkeit gefahren.

Die versorgte Person ist gesellig.
Die versorgte Person nimmt gerne an den Betreuungsangeboten teil.

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

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

Die versorgte Person ist in ihrer Körperkraft und Leistungsfähigkeit gemindert. Bei Anstrengung wird sie schnell kurzatmig. Der Oberkörper der versorgten Person ist frei beweglich. Die versorgte Person kann frei sitzen. Um vom Sitz in den Stand zu kommen benötigt sie Unterstützung. Sie kann mit Festhalten stehen und mit personeller Begleitung kurze Wege am Rollator gehen. Auf weiteren Wegen nutzt sie einen Rollstuhl. Im Rollstuhl ist ein druckverteilendes Kissen eingebracht. Das Gangbild wirkt beschwerlich und verlangsamt. Die versorgte Person legt beim Gehen immer wieder Pausen ein und klagt über Schmerzen im rechten Bein. Sie hebt das rechte Bein nur wenig vom Boden ab. Die versorgte Person kann Lageveränderungen im Sitzen in geringem Umfang selbstständig durchführen.

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

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

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

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

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

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

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
a. Gewicht	Datum	04.02.2020		
	kg	133,30		
b. Aktuelle Größe	cm			
c. BMI	kg/m ²			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen			
	<input checked="" type="radio"/> konstant			
	<input type="radio"/> relevante Abnahme			
	<input type="radio"/> kann nicht ermittelt werden			
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig			
	<input type="checkbox"/> konzentrierter Urin			
	<input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute			
	<input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

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

Die versorgte Person hat an einem Ernährungsprogramm für Diabetiker teilgenommen.

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

	ja nein
12.5 (T7) Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein
12.6 (T10) Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein tnz
12.7 Werden bei Einschränkungen der selbständigen Nahrungsversorgung (T8) erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein
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"/> Inkontinenz- produkten	<input checked="" type="checkbox"/> offen <input checked="" type="checkbox"/> geschlossen
13.2 Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz? <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

Die versorgte Person ist harnkontinent. Sie verspürt den Harndrang und meldet sich beim Pflegepersonal. Sie benötigt Hilfe beim Gang zur Toilette (abhängig erreichte Kontinenz). Die versorgte Person trägt eine geschlossene Inkontinenzhose und eine Inkontinenzvorlage im Sinne einer Mehrfachversorgung. Dies ist der Wunsch der versorgten Person.

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

Kapitel 14 Umgang mit Demenz

14.1 Orientierung und Kommunikation

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

Kapitel 15 Körperpflege

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

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

Intimpflege nach Stuhlgang

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 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:	200218VT18102100-000195037
----------------------------	----------------------------

Datum	18.02.2020	Uhrzeit	13:47	Nummer Erhebungsbogen	P3
-------	------------	---------	-------	-----------------------	----

9.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P3
b. Pflegekasse	AOK
c. Pflege- / Wohnbereich	.
d. Geburtsdatum	1935
e. Einzugsdatum	12.02.2018
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Osteoporose, hypertensive Herzkrankheit, beginnende Demenz, rezidivierende hypertensive Entgleisung bei arterieller Hypertonie, intermittierendes Vorhofflimmern
g. Pflegegrad ○ 1 ● 3 ○ 5 ○ 2 ○ 4	
h. Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
j. Vorhandene Unterlagen	Pflegedokumentation

9.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	Maria_Luise Reichard
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	Pflegerische Leitung Tagespflege / Gesundheits- und Krankenpflegerin
c. Name des Mitarbeiters	M2
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	keine

Kapitel 10 Behandlungspflege

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

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

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

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

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

Kapitel 11 Mobilität

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

Die versorgte Person liegt zur Mittagsruhe im Ruhesessel in einem Ruheraum. Zum Gespräch wird sie in das Büro geführt. Die versorgte Person reicht dem Gutachter zur Begrüßung die Hand und ist mit der Visitation einverstanden. Ein Gespräch ist möglich.

Die versorgte Person ist zur Person, zum Ort und grob zur Zeit orientiert. Die situative Orientierung ist nicht immer gegeben. Die Antworten erfolgen etwas zögerlich.

Die versorgte Person kann Wünsche und Bedürfnisse äußern.

Die versorgte Person besucht die Tagespflege 5 x wöchentlich. Sie wird vom Fahrdienst der Tagespflege gebracht und zurück in die Häuslichkeit gefahren.

Die versorgte Person ist gesellig.

Sie nimmt gerne an den Betreuungsangeboten teil.

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

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

Die versorgte Person kann mit bei den Händen greifen, in den Nacken fassen und mit beiden Händen den Schürzengriff ausführen.

Die versorgte Person kann frei sitzen und mit Festhalten stehen.

In der Tagespflegeeinrichtung wird sie am Rollator personell begleitet.
 Die versorgte Person ist gangunsicher. Das Gangbild ist am Boden haftend. Die versorgte Person gibt Schmerzen im rechten Knie an.
 Sie kann Lageveränderungen selbstständig durchführen.

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

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

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

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

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

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
a. Gewicht		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
	Datum	04.02.2020	04.11.2019	02.09.2019
	kg	53,60	53,50	52,20
b. Aktuelle Größe	157 cm			
c. BMI	21,75 kg/m ²			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input checked="" type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input type="radio"/> kann nicht ermittelt werden			
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

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

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

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

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

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

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

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

Kapitel 13 Harninkontinenz

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

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

Kapitel 14 Umgang mit Demenz

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

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

Kapitel 15 Körperpflege

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

Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

Kapitel 17 Sonstiges

Bewohner 3

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

P4

Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner

9.1 Auftragsnummer:		200218VT18102100-000195037			
Datum	18.02.2020	Uhrzeit	13:20	Nummer Erhebungsbogen	P4

9.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P4
b. Pflegekasse	AOK
c. Pflege- / Wohnbereich	.
d. Geburtsdatum	1932
e. Einzugsdatum	12.12.2019
f. Aktuelle pflegerrelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Zwei-Kammer-Herzschrittmacher bei Sick Sinus Syndrom, dementielle Entwicklung, arterielle Hypertonie
g. Pflegegrad <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 3 <input checked="" type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 4	
h. Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
j. Vorhandene Unterlagen	Pflegedokumentation

9.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	Maria_Luise Reichard
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	Pflegerische Leitung Tagespflege / Gesundheits- und Krankenpflegerin
c. Name des Mitarbeiters	M1
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	keine

Kapitel 10 Behandlungspflege

	ja	nein	tnz
10.3 Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(T24) Anordnungen?	
	ja nein tnz
10.4 Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung? (T25)	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein tnz
10.5 Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht? (T26)	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein
10.6 Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen?	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>

Kapitel 11 Mobilität

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

Die versorgte Person wird am Esstisch sitzend im Gemeinschaftsraum der Tagespflege angetroffen. Sie geht selbstständig am Rollator in einen ruhigen Raum. Sie reicht dem Gutachter zur Begrüßung die Hand und ist mit der Visitation einverstanden. Ein Gespräch ist ohne Einschränkungen möglich. Die versorgte Person ist zur Person, zum Ort und zur Zeit orientiert. Abhängig von ihrer Tagesbefindlichkeit ist die situative Orientierung nicht in ausreichendem Umfang gegeben. Die versorgte Person kann Wünsche und Bedürfnisse äußern.

Die versorgte Person besucht die Tagespflege 5 x wöchentlich. Sie wird vom Fahrdienst der Tagespflege gebracht und zurück in die Häuslichkeit gefahren.

Die versorgte Person ist gesellig.
Die versorgte Person nimmt gerne an den Betreuungsangeboten teil.

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

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

Die versorgte Person kann mit beiden Händen greifen, in den Nacken fassen und den Schürzengriff ausführen. Die versorgte Person kann frei sitzen und mit Festhalten stehen. In der Tagespflegeeinrichtung wird sie am Rollator personell begleitet. Die versorgte Person ist gangunsicher. Nach Angabe "fehlt die Kraft in den Beinen". Sie kann Lageveränderungen selbstständig durchführen.

	ja nein
11.3 Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

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

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

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

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

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

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
a. Gewicht	Datum	04.02.2020	12.12.2019	
	kg	49,10	47,00	
b. Aktuelle Größe	153 cm			
c. BMI	20,97 kg/m ²			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input checked="" type="radio"/>	zugenommen		
	<input type="radio"/>	konstant		
	<input type="radio"/>	relevante Abnahme		
	<input type="radio"/>	kann nicht ermittelt werden		
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/>	unauffällig		
	<input type="checkbox"/>	konzentrierter Urin		
	<input type="checkbox"/>	trockene Schleimhäute		
	<input type="checkbox"/>	stehende Hautfalten		

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

Die versorgte Person erhält hochkalorische Zwischenmahlzeiten.

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

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

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

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

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

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

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

Kapitel 13 Harninkontinenz

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

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

Die versorgte Person ist harninkontinent. Sie benötigt Unterstützung beim Gang zur Toilette. Die versorgte Person trägt eine Inkontinenzvorlage. Die Pflegekräfte unterstützen die versorgte Person beim Wechsel der Inkontinenzvorlage (abhängig kompensierte Inkontinenz).

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

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

Kapitel 14 Umgang mit Demenz

--

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

Kapitel 15 Körperpflege

15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut	
	Beschreibung
a. <input checked="" type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)
	ja nein tnz
15.2 Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der (T29) Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

Bei Bedarf Unterstützung beim An- und Auskleiden des Unterkörpers und Intimpflege nach Toilettengang.

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 4

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

P5

Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner

9.1 Auftragsnummer:		200218VT18102100-000195037			
Datum	25.02.2020	Uhrzeit	13:49	Nummer Erhebungsbogen	P5

9.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P5
b. Pflegekasse	AOK
c. Pflege- / Wohnbereich	.
d. Geburtsdatum	1947
e. Einzugsdatum	12.09.2017
f. Aktuelle pflegerrelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Femurfraktur rechts, Implantation zementierte Hüft-TEP 2017, Lungenembolie, arterielle Hypertonie, Bandscheibenprolaps mit Fußheberschwäche rechts seit 1990, Omarthrose links
g. Pflegegrad <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 5 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 4	
h. Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
j. Vorhandene Unterlagen	Pflegedokumentation

9.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	Maria_Luise Reichard
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	Pflegerische Leitung Tagespflege / Gesundheits- und Krankenpflegerin
c. Name des Mitarbeiters	M1
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	keine

Kapitel 10 Behandlungspflege

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

Kapitel 11 Mobilität

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

Die versorgte Person wird am Esstisch sitzend im Gemeinschaftsraum der Tagespflege angetroffen. Sie reicht dem Gutachter zur Begrüßung die Hand und ist mit der Visitation einverstanden. Zum Gespräch geht sie selbstständig in einen ruhigen Raum. Ein Gespräch ist ohne Einschränkungen möglich.

Die versorgte Person ist zur Person, zum Ort, zur Zeit und zur Situation orientiert und kann Wünsche und Bedürfnisse äußern.

Die versorgte Person besucht die Tagespflege 2 x wöchentlich. Sie wird vom Fahrdienst der Tagespflege gebracht und zurück in die Häuslichkeit gefahren.

Sie nimmt gerne an den Betreuungsangeboten teil.

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

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

Die versorgte Person hat Bewegungseinschränkungen im rechten Schultergelenk.

Sie kann mit beiden Händen zielgerichtet greifen und beide Hände bis auf mindestens Mundhöhe anheben. Die versorgte Person kann frei sitzen und mit Festhalten stehen.

Sie kann mit dem Rollator selbstständig gehen. Das Gangbild ist auf Grund eines Bandscheibenprolapses mit Fußheberschwäche rechts unsicher. Bücken ist ihr nicht in ausreichendem Umfang möglich.

Die versorgte Person kann Transfers und Lageveränderungen ohne personelle Hilfe durchführen.

	ja	nein
11.3 Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

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

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

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

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

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
a. Gewicht	Datum	04.01.2020	10.11.2019	03.09.2019
	kg	87,70	91,10	91,20
b. Aktuelle Größe	cm			
c. BMI	kg/m ²			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen			
	<input type="radio"/> konstant			
	<input checked="" 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			

Die versorgte Person hat auf eigenen Wunsch an Gewicht abgenommen.

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

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

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

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

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

	ja	nein
12.9 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

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

Kapitel 14 Umgang mit Demenz

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

Kapitel 15 Körperpflege

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

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 5

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

P6

Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner

9.1 Auftragsnummer:	200218VT18102100-000195037				
Datum	18.02.2020	Uhrzeit	12:33	Nummer Erhebungsbogen	P6

9.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P6
b. Pflegekasse	AOK
c. Pflege- / Wohnbereich	.
d. Geburtsdatum	1932
e. Einzugsdatum	26.09.2018
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Demenz, paroxysmales VHF, Stressinkontinenz, arterielle Hypertonie, Zustand nach Carotis-Endarteriektomie
g. Pflegegrad <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 4	
h. Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
j. Vorhandene Unterlagen	Pflegedokumentation

9.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	Maria_Luise Reichard
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	Pflegerische Leitung Tagespflege / Gesundheits-/ und Krankenpflegerin
c. Name des Mitarbeiters	M2
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	keine

Kapitel 10 Behandlungspflege

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

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

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

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

Kapitel 11 Mobilität

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

Die versorgte Person wird im Ruheraum der Tagespflege angetroffen.

Sie reicht dem Gutachter zur Begrüßung die Hand und ist mit der Visitation einverstanden. Zum Gespräch wird sie am Rollator in das Büro begleitet. Ein Gespräch ist aufgrund der dementiellen Entwicklung nur mit Einschränkungen möglich.

Die versorgte Person ist nicht immer ausreichend zur Person orientiert. Nahe Angehörige erkennt sie. Die örtliche, zeitliche und situative Orientierung ist nicht gegeben. Die versorgte Person äußert eher, wenn sie etwas nicht möchte.

Die versorgte Person besucht die Tagespflege 5 x wöchentlich. Sie wird vom Fahrdienst der Tagespflege gebracht und zurück in die Häuslichkeit gefahren.

Die versorgte Person nimmt gerne an den Betreuungsangeboten teil.

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

	ja	nein

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

Die versorgte Person kann mit beiden Händen greifen, in den Nacken fassen und den Schürzengriff ausführen. Sie kann frei sitzen und mit Festhalten stehen.

Die versorgte Person kann ohne Hilfsmittel selbstständig gehen. Für längere Strecken und bei Spaziergängen wird sie am Rollator personell begleitet. In der Tagespflegeeinrichtung findet sie sich zurecht. Die versorgte Person hat einen starken Bewegungsdrang.

Sie ist gangunsicher.

Die versorgte Person kann Transfers und Lageveränderungen ohne personelle Hilfe durchführen.

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

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

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

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

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

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
a. Gewicht	Datum	04.02.2020	04.11.2019	04.09.2019
	kg	69,30	70,10	66,10
b. Aktuelle Größe	cm			
c. BMI	kg/m ²			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input checked="" type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input type="radio"/> kann nicht ermittelt werden <input checked="" type="checkbox"/> unauffällig			

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kapitel 13 Harninkontinenz

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

Kapitel 14 Umgang mit Demenz

14.1 Orientierung und Kommunikation
--

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

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

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

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

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

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

Kapitel 15 Körperpflege

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

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 6

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

P7

Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner

9.1 Auftragsnummer:	200218VT18102100-000195037				
Datum	18.02.2020	Uhrzeit	14:15	Nummer Erhebungsbogen	P7

9.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P7
b. Pflegekasse	BKK
c. Pflege- / Wohnbereich	.
d. Geburtsdatum	1945
e. Einzugsdatum	17.09.2018
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Zustand nach rupturiertem Mediaaneurysma rechts und Clipping mit Hemikraniektomie 2013, Hemiparese links
g. Pflegegrad <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 4	
h. Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
j. Vorhandene Unterlagen	Pflegedokumentation

9.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	Maria_Luise Reichard
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	Pflegerische Leitung Tagespflege / Gesundheits- / und Krankenpflegerin
c. Name des Mitarbeiters	M2
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	keine

Kapitel 10 Behandlungspflege

	ja nein tnz
10.2 Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen (T23) Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein tnz
10.3 Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen (T24) Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein tnz
10.5 (T26) Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein
10.6 Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen?	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>

Kapitel 11 Mobilität

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

Die versorgte Person wird am Esstisch sitzend im Gemeinschaftsraum der Tagespflege angetroffen. Sie nimmt gerade an einer Aktivierung teil. Die begleitende Pflegefachkraft informiert sie über den Besuch und führt sie zum Gespräch in den Ruheraum.

Die versorgte Person reicht dem Gutachter zur Begrüßung die Hand und ist mit der Visitation einverstanden. Sie ist auf dem rechten Auge blind.

Eine Kommunikation ist ohne Einschränkungen möglich.

Die versorgte Person ist zur Person, zum Ort, zur Zeit und zur Situation orientiert und kann Wünsche und Bedürfnisse äußern.

Die versorgte Person besucht die Tagespflege 5 x wöchentlich. Sie wird vom Fahrdienst der Tagespflege gebracht und zurück in die Häuslichkeit gefahren.

Sie nimmt gerne an den Betreuungsangeboten teil.

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

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

Die versorgte Person hat eine Halbseitenlähmung der linken Körperhälfte. Sie kann nach Angabe mit den Bewegungseinschränkungen gut umgehen.

Die versorgte Person kann mit links keine gezielten Handlungs- und Bewegungsabläufe durchführen. Sie hält die linke Hand in Fauststellung.

Die versorgte Person kann mit der rechten Hand greifen, in den Nacken fassen und den Schürzengriff ausführen.

Sie benötigt personelle Unterstützung um vom Sitz in den Stand zu kommen. Die versorgte Person nutzt

einen Vierpunktgehstock als Gehhilfe. Sie wird bei allen Transfers zu ihrer eigenen Sicherheit in der Tagespflegeeinrichtung personell begleitet. Auf längeren Strecken nutzt sie einen Rollstuhl. Die versorgte Person trägt eine Beinschiene bei Peroneuslähmung links. Sie erhält regelmäßig physiotherapeutische und ergotherapeutische Maßnahmen. Die versorgte Person kann Lageveränderungen im Sitzen selbstständig durchführen.

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

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

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

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

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

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
a. Gewicht		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
	Datum	04.01.2020	10.12.2019	02.09.2019
	kg	91,00	92,70	89,40
b. Aktuelle Größe	156 cm			
c. BMI	37,39 kg/m ²			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input checked="" type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input type="radio"/> kann nicht ermittelt werden			
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			
<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein				

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

Die Mahlzeiten werden mundgerecht zubereitet.
 Die versorgte Person muss regelmässig daran erinnert werden, langsam zu essen.

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

Die Getränke werden eingeschenkt und bereitgestellt.

	ja nein
12.5 (T7) Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?	● ○

	ja nein
12.6 (T10) Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?	● ○

	ja nein tnz
12.7 (T8) Werden bei Einschränkungen der selbständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt?	● ○ ○

	ja nein tnz
12.8 (T11) Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?	● ○ ○

	ja nein
12.9 (T9) Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	● ○

	ja nein
12.10 (T12) Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	● ○

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 checked="" type="checkbox"/> geschlossen

13.2 Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?		● ja ○ nein
Von:		

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

Doppelversorgung, wünscht dies so.

	ja nein tnz
13.3 Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit (T16) Blasenkatheter die individuellen Risiken und Ressourcen erfasst?	● ○ ○

	ja nein tnz
13.4 Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die (T17) erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?	● ○ ○

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

	ja nein tnz
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?	● ○ ○

Kapitel 15 Körperpflege

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

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

Die versorgte Person verspürt den Harndrang und meldet sich beim Pflegepersonal. Sie trägt eine Inkontinenzvorlage. Sie benötigt Unterstützung beim An- und Auskleiden des Unterkörpers und bei der Intimpflege.

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 7

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

P8

Kapitel 9 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner

9.1 Auftragsnummer:	200218VT18102100-000195037				
Datum	18.02.2020	Uhrzeit	10:48	Nummer Erhebungsbogen	P8

9.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P8
b. Pflegekasse	AOK
c. Pflege- / Wohnbereich	.
d. Geburtsdatum	1941
e. Einzugsdatum	29.07.2019

f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Diabetes mellitus Typ II insulinpflichtig, chronische Nierenerkrankung, Hypertonie, Coxarthrose, Omarthrose
g. Pflegegrad ○ 1 ● 3 ○ 5 ○ 2 ○ 4	
h. Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?	○ ja ● nein
i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	● ja ○ nein
j. Vorhandene Unterlagen	Pflegedokumentation

9.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	Maria_Luise Reichard
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	Pflegerische Leitung Tagespflege / Gesundheits- / und Krankenpflegerin
c. Name des Mitarbeiters	M2
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	keine

Kapitel 10 Behandlungspflege

	ja	nein	tnz
10.2 Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen (T23) Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?	●	○	○

	ja	nein	tnz
10.3 Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen (T24) Anordnungen?	●	○	○

	ja	nein	tnz
10.5 (T26) Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?	●	○	○

	ja	nein
10.6 Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen?	○	●

Kapitel 11 Mobilität

11.1 Bewohner angetroffen	
a.	○ liegend ● sitzend ○ stehend
b.	● Tageskleidung ○ Nachtwäsche

Die versorgte Person wird am Esstisch sitzend im Gemeinschaftsraum der Tagespflege angetroffen. Zum Gespräch geht sie ohne Hilfsmittel selbstständig in den Ruheraum.

Sie reicht dem Gutachter zur Begrüßung die Hand und ist mit der Visitation einverstanden.

Ein Gespräch ist ohne Einschränkungen möglich.

Die versorgte Person ist zur Person, zum Ort, zur Zeit und zur Situation orientiert und kann Wünsche und Bedürfnisse äußern. Sie ist mit neuen Situationen schnell überfordert.

Die versorgte Person besucht die Tagespflege 5 x wöchentlich. Sie wird vom Fahrdienst der Tagespflege gebracht und zurück in die Häuslichkeit gefahren.

Die versorgte Person ist gesellig.

Die versorgte Person nimmt gerne an den Betreuungsangeboten teil.

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

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

Die versorgte Person kann mit beiden Händen greifen und diese bis auf mindestens Mundhöhe anheben. Sie gibt Bewegungseinschränkungen in der rechten Schulter an. Sie kann den rechten Arm bis auf Brusthöhe anheben. Der linke Arm ist frei beweglich.

Die versorgte Person kann frei sitzen und mit Festhalten stehen. In der Tagespflegeeinrichtung kann sie ohne Hilfsmittel selbstständig gehen. Das Gangbild wirkt ausreichend sicher.

Die versorgte Person kann Transfers und Lageveränderungen ohne personelle Hilfe durchführen.

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

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

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

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

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

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

--

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
a. Gewicht	Datum	04.02.2020	04.11.2019	29.07.2019
	kg	81,40	78,60	73,40
b. Aktuelle Größe	162 cm			
c. BMI	31,02 kg/m ²			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input checked="" type="radio"/> zugenommen <input type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input type="radio"/> kann nicht ermittelt werden			
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

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

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

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

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

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

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

Kapitel 13 Harninkontinenz

13.2 Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?	<input type="radio"/> ja	<input checked="" type="radio"/> nein
---	--------------------------	---------------------------------------

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

Kapitel 14 Umgang mit Demenz

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

Kapitel 15 Körperpflege

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

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 8

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

Kapitel 18 Befragung der Bewohner als zusammenfassende Darstellung aller befragten Personen

18.3 (T67) Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?

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

immer 8 Bewohner

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

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

immer 8 Bewohner

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

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

immer 7 Bewohner

keine Angaben 1 Bewohner

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

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

keine Angaben 8 Bewohner

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

Die Frage trifft für 0 von 8 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 8 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 8 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

18.10 (T70) Schmeckt Ihnen das Essen?

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

immer 8 Bewohner

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

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

immer 7 Bewohner

keine Angaben 1 Bewohner

18.12 (T71) Sind Sie mit den Essenszeiten zufrieden?

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

immer 7 Bewohner
keine Angaben 1 Bewohner

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

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

immer 8 Bewohner

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

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

immer 7 Bewohner
keine Angaben 1 Bewohner

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

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

immer 7 Bewohner
keine Angaben 1 Bewohner

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

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

immer 7 Bewohner

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

Die Frage trifft für 0 von 8 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

18.18 (T65) Entspricht die Hausreinigung Ihren Erwartungen?

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

immer 7 Bewohner
keine Angaben 1 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 8 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 8 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

Zusatzinfos