

Medizinischer Dienst Nordrhein | Berliner Allee 52 | 40212 Düsseldorf

**Altenzentrum Wuppertaler Hof
Hans-Dietrich-Genscher-Platz 5
42283 Wuppertal**

**Medizinischer Dienst
Nordrhein**

Berliner Allee 52
40212 Düsseldorf

Telefon: 0211 1382-0

post@md-nordrhein.de
www.md-nordrhein.de

**Vorstandsvorsitzender:
Andreas Hustadt**

Kreissparkasse Düsseldorf
IBAN: DE06 3015 0200 0002 1113 18
BIC: WELADED1KSD

IK = 190 500 038

Qualitätsprüfung Pflege nach §§ 114 ff. SGB XI Prüfung vom: 16.02.2023

Einrichtung: Altenzentrum Wuppertaler Hof

IK-Nummer: 510510791

Auftragsnummer: 230216VS14000145-000002260

Sehr geehrte Damen und Herren,

in Ihrer Einrichtung wurde am 16.02.2023 durch Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes Nordrhein eine Qualitätsprüfung durchgeführt. Als Anlage erhalten Sie den Prüfbericht.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne unter den genannten Kontaktdata zur Verfügung.

Freundliche Grüße

Ihr Medizinischer Dienst Nordrhein

Datum:
28.02.2023

Abteilung:
Team Qualitätsprüfung
Auftragsmanagement

Kontakt:
Tel: 0211 1382-620
Fax: 0211 1382-602
pflageversicherung@md-nordrhein.de

Prüfbericht



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

Altenzentrum Wuppertaler Hof Hans-Dietrich-Genscher-Platz 5 42283 Wuppertal IK-Nummer: 510510791	Medizinischer Dienst Nordrhein Team Qualitätsprüfung Berliner Allee 52 40212 Düsseldorf
Prüfung am:	Gutachter:
16.02.2023	Kerber, Sabine
	Reichenberg, Olaf
Gutachtendatum	Wengler, Nicole
28.02.2023	
Gutachten-Nr.:	230215-14-000002260
Auftrags-Nr.:	230216VS14000145-000002260

Prüfmaßstab

Sozialgesetzbuch 11. Buch (SGB XI)

Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege vom 23.11.2018 in der aktuellen Fassung

Rahmenvertrag zur Kurzzeitpflege und vollstationären Pflege gemäß § 75 Abs.1 SGB XI für das Land Nordrhein-Westfalen

Der aktuelle Stand des Wissens

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

Versorgungsvertrag gemäß § 72 SGB XI

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

Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI für die vollstationäre Pflege vom 17. Dezember 2018

Die heutige Qualitätsprüfung erfolgt gleichermaßen im Auftrag aller nordrheinischen Landesverbände der Pflegekassen.

1. Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

D. Angaben zur Einrichtung

1. Auftragsnummer	230216VS14000145-000002260
2. Name	Altenzentrum Wuppertaler Hof
3. Straße	Hans-Dietrich-Genscher-Platz 5
4. PLZ / Ort	42283 Wuppertal
5. Institutionskennzeichen (IK)	1 . 510510791
6. Telefon	+49 202551290
7. Fax	+49 2025638155
8. E-Mail	az.wuppertalerhof-el@aph.wuppertal.de
9. Internetadresse	www.altenheime-wuppertal.de
10. Träger / Inhaber	APH der Stadt Wuppertal, Vogelsangstr. 52, 42109 Wuppertal
11. Trägerart	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> freigemeinnützig <input checked="" type="checkbox"/> öffentlich <input type="checkbox"/> nicht zu ermitteln
12. ggf. Verband	VKSB - Verband der kommunalen Senioren- und Behinderteneinrichtungen in NRW e. V.
13. Einrichtungsart	<input checked="" type="checkbox"/> vollstationär <input type="checkbox"/> solitäre Kurzzeitpflege
14. Datum Abschluss Versorgungsvertrag	23.11.2018
15. Datum Inbetriebnahme der stationären Pflegeeinrichtung	01.06.1977
16. Name der Einrichtungsleitung	Andrea Sadzenica
17. verantwortliche Pflegefachkraft Name	Bianca Wendt
18. stellv. verantwortliche Pflegefachkraft Name	Gabriele Mitlöhner
19. ggf. vorhandene Zweigstellen	-
20. Name der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS	Gea Kirchner
21. E-Mail der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS	gea.kirchner@aph.wuppertal.de
22. Zusatzfeld DAS-Kennzeichen	102195

zu 14. Vorgelegt wird der Versorgungsvertrag vom 23.11.2018.

Für die Anmeldung zukünftiger Qualitätsprüfungen wird folgende Emailadresse angegeben:
az.wuppertalerhof-el@aph.wuppertal.de

E. Angaben zur Prüfung

1. Auftraggeber / Zuständiger Landesverband der Pflegekassen	<input type="checkbox"/> AOK <input type="checkbox"/> BKK <input type="checkbox"/> IKK	<input checked="" type="checkbox"/> KNAPPSCHAFT <input type="checkbox"/> LKK <input type="checkbox"/> vdek
2. Prüfung durch	<input checked="" type="checkbox"/> Medizinischer Dienst <input type="checkbox"/> PKV-Prüfdienst	
3. Datum	von: 16.02.2023	bis: 16.02.2023
4. Uhrzeit		
1. Tag	von: 09:00 Uhr	bis: 15:45 Uhr
5. Gesprächspartnerin oder Gesprächspartner der stationären Pflegeeinrichtung	1 . Andrea Sadzenica 2 . Bianca Wendt 3 . Theodora Aspridou 4 . Beate Wagner-Wojick 5 . Chafik Ayadi 6 . Fitoure Avdullahi	
6. Prüferin oder Prüfer	1 . Kerber, Sabine 2 . Reichenberg, Olaf 3 . Wengler, Nicole	
7. An der Prüfung Beteiligte	Namen	
<input type="checkbox"/> Pflegekasse		
<input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger		
<input type="checkbox"/> Aufsichtsbehörde		
<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt		
<input type="checkbox"/> Trägerverband		
<input type="checkbox"/> Sonstige: Welche?		

F. Prüfauftrag nach § 114 SGB XI

1. <input checked="" type="checkbox"/> Regelprüfung
2. <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Beschwerde Bewohner, Angehörige o.ä.) <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Hinweise von anderen Institutionen) <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (sonstige Hinweise)

3. <input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung nach Regelprüfung <input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung nach Anlassprüfung	
4. <input type="checkbox"/> Nächtliche Prüfung	
5. Datum der letzten Prüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI	11.05.2022
6. Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen	Datum
<input type="checkbox"/> Nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde	
<input checked="" type="checkbox"/> Gesundheitsamt	25.08.2022
<input checked="" type="checkbox"/> Sonstige	20.09.2022
Sonstige: hier Überprüfung der Arbeitssicherheit.	

G. Art der Einrichtung und Versorgungssituation

	Vollstationäre Pflege	Kurzzeitpflege
vorgehaltene Plätze	84	8
	vollstationäre Pflege	eingestreute Kurzzeitpflege
belegte Plätze	84	0

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

			davon nach SGB XI eingestuft in Pflegegrad						
Wohn-/Pflegebereich	Bereich auf einer Ebene	Anzahl versorgte Personen	kein Pflegegrad	1	2	3	4	5	
1	Nein	28			8	10	5	5	
2	Nein	27			3	14	8	2	
3/ geschützter Bereich	Nein	29			10	12	5	2	
Summe		84	0	0	21	36	18	9	

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

1. Wachkoma	0
2. Beatmungspflicht	0
3. Dekubitus	6

4. Blasenkatheter	15
5. PEG-Sonden	4
6. Fixierung	11
7. Kontraktur	43
8. vollständiger Immobilität	7
9. Tracheostoma	0
10. Multiresistenten Erregern	8

zu 6. Elf versorgte Personen wohnen im geschützten Bereich.

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

Vollzeit Std./Woche: 39,0

Funktion/Qualifikation	Anzahl MA	Teilzeit		Geringfügig Beschäftigte		Gesamt- stellen in Vollzeit
		Anzahl MA	Stellen- umfang (Std./ Woche)	Anzahl MA	Stellen- umfang (Std./ Woche)	
Pflege						
verantwortliche Pflegefachkraft	1,0					1,0
stellv. verantwortliche Pflegefachkraft	1,0					1,0
Altenpfleger/in	8,0	2,0	15,0			13,5
		2,0	30,0			
		1,0	19,5			
		3,0	35,0			
Krankenpflegehelfer/in	1,0					1,0
Altenpflegehelfer/in	3,0	3,0	30,0			5,31
angelernte Kräfte	4,0	1,0	5,0			10,37
		5,0	30,0			
		1,0	35,0			
		3,0	19,5			
Auszubildende	5,0					5,0
Betreuung						

Funktion/Qualifikation	Anzahl MA	Teilzeit		Geringfügig Beschäftigte		Gesamtstellen in Vollzeit
		Anzahl MA	Stellenumfang (Std./Woche)	Anzahl MA	Stellenumfang (Std./Woche)	
Ergotherapeut/in		1,0	23,0			1,96
Beschäftigungstherapeut/in		1,0	34,0			
		1,0	19,5			
zusätzliche Betreuungskräfte nach § 43b SGB XI	2,0	2,0	30,0			4,54
		2,0	19,5			
Hauswirtschaftliche Versorgung						
Hilfskräfte und angelernte Kräfte		1,0	19,5			0,5

2. Allgemeine Informationen zur Prüfung

Am 16.02.2023 wird in der Pflegeeinrichtung eine Regelprüfung nach § 114a SGB XI durchgeführt. Die Durchführung der Qualitätsprüfung erfolgt unter Einhaltung des Hygienekonzepts der Medizinischen Dienste. Es besteht eine landesrechtliche Meldepflicht im Sinne des § 35 Abs. 6 Satz 6 IfSG, so dass die Meldepflicht nach Satz 1 dieser Vorschrift entfällt. Im Einführungsgespräch werden den Einrichtungsvertretenden das Aufgabenverständnis, die Vorgehensweise und der voraussichtlich erforderliche Zeitaufwand für die Prüfung vermittelt. Es wird auf den beratungsorientierten Prüfansatz verwiesen. Ferner werden die Einrichtungsvertretenden über die Online-Kundenbefragung zur Qualitätsprüfung informiert. Zu Beginn des Prüftages wird die Vertretung der Heimmitwirkung über die Qualitätsprüfung informiert. Alle erforderlichen Daten werden erhoben. Die Erhebung und Bewertung der einzelnen Qualitätsaspekte im Bereich der Ergebnisqualität erfolgt durch die Besuche bei und den Gesprächen mit den versorgten Personen, durch Fachgespräche mit den anwesenden Einrichtungsvertretenden und durch die Sichtung der jeweiligen Pflegedokumentationen und weiterer Unterlagen. Die Namen aller an der Prüfung beteiligten Einrichtungsvertretenden sind im Prüfbogen B unter der Frage E5 benannt. Insofern für die Bewertung einzelner Qualitätsaspekte dokumentierte Aussagen notwendig sind, werden die Einrichtungsvertretenden gebeten, die Dokumente mit den erforderlichen Inhalten jeweils vorzulegen. Die Prüferinnen und Prüfer des Medizinischen Dienstes Nordrhein haben die Einrichtungsvertretenden darüber informiert, dass die Einrichtung bis zur Beendigung der Prüfung mit dem Abschlussgespräch Gelegenheit erhält, die erforderlichen Dokumente vorzulegen. Nach Angaben der anwesenden Einrichtungsvertretenden liegen keine weiteren Unterlagen zu den erhobenen Fragen in der Einrichtung vor. Die Stichprobenziehung erfolgt entsprechend der Regelung (Ziffern 9.1 und 9.2 QPR).

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

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

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

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

Anzahl der Bewohner, die keiner Subgruppe zugeordnet waren: 3

Eine personenbezogene Plausibilitätskontrolle erfolgte bei 6 der in die Qualitätsprüfung einbezogenen Personen.

Die Prüferinnen und Prüfer des Medizinischen Dienstes Nordrhein schildern im Abschlussgespräch ihren Gesamteindruck der Pflegequalität in der Einrichtung und nehmen dabei Bezug auf die festgestellten Stärken und Schwächen. Sie informieren die Einrichtungsvertretenden über die wichtigsten Einzelergebnisse der Qualitätsprüfung,

Die Einrichtung verfügt über ein adäquates Qualitätsmanagement, welches geeignet ist, Qualitätsdefizite rechtzeitig zu identifizieren und systematisch zu bewerten. Sie kann ihre Maßnahmen der Qualitätssicherung und deren Evaluierung nachvollziehbar darstellen.

Die bedarfsübergreifenden fachlichen Anforderungen werden hinsichtlich der Abwehr von Risiken und Gefährdungen, der biografieorientierten Unterstützung, der Einhaltung von Hygieneanforderungen, der Hilfsmittelversorgung, dem Schutz von Persönlichkeitsrechten und der Unversehrtheit erfüllt.

Bei der Plausibilitätskontrolle des Erhebungsreports werden keine Auffälligkeiten festgestellt.

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

Den Einrichtungsvertretenden wird im Abschlussgespräch weiterhin mitgeteilt, dass die festgestellten Defizite auf Personenebene und die damit verbundene unverzügliche Umsetzung der empfohlenen Maßnahmen in den jeweiligen Fachgesprächen erläutert wurden.

Die Einrichtungsvertretenden erhalten Gelegenheit zur Schilderung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die sie gegebenenfalls schon eingeleitet haben.

Es werden von den Einrichtungsvertretenden keine abweichenden Meinungen zu den Feststellungen der Prüferinnen und Prüfer dargelegt.

Auf die Möglichkeit zu einer weitergehenden Beratung durch den Medizinischen Dienst Nordrhein wird hingewiesen.

3. Gesamtbeurteilung der personenbezogenen Versorgung

Qualitätsbereiche und -aspekte	Anzahl der Personen insgesamt, bei denen der Qualitätsaspekt geprüft wurde	A) Keine Auffälligkeiten B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person			
Bereich 1		A)	B)	C)	D)

Qualitätsbereiche und -aspekte	Anzahl der Personen insgesamt, bei denen der Qualitätsaspekt geprüft wurde	A) Keine Auffälligkeiten B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person			
Qualitätsaspekt 1.1	8	8: P1, P2, P3, P4, P5, P6, P8, P9	0	0	0
Qualitätsaspekt 1.2	5	5: P1, P2, P4, P6, P8	0	0	0
Qualitätsaspekt 1.3	6	6: P2, P3, P4, P6, P8, P9	0	0	0
Qualitätsaspekt 1.4	9	9: P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9	0	0	0
Bereich 2		A)	B)	C)	D)
Qualitätsaspekt 2.1	9	8: P1, P2, P3, P4, P5, P7, P8, P9	0	1: P6	0
Qualitätsaspekt 2.2	4	4: P2, P3, P8, P9	0	0	0
Qualitätsaspekt 2.3	0	0	0	0	0
Qualitätsaspekt 2.4	0	0	0	0	0
Qualitätsaspekt 2.5		Auffälligkeiten, die für die Beratung der Pflegeeinrichtung relevant sind		Defizite, die für die Beratung relevant sind und für den Maßnahmenbescheid der Pflegekasse relevant sein könnten	
	0	0		0	
Bereich 3		A)	B)	C)	D)
Qualitätsaspekt 3.1	3	3: P1, P2, P6	0	0	0
Qualitätsaspekt 3.2	6	6: P1, P2, P6, P7, P8, P9	0	0	0
Qualitätsaspekt 3.3	7	7: P2, P4, P5, P6, P7, P8, P9	0	0	0
Bereich 4		A)	B)	C)	D)
Qualitätsaspekt 4.1	5	5: P5, P6, P7, P8, P9	0	0	0

Qualitätsbereiche und -aspekte	Anzahl der Personen insgesamt, bei denen der Qualitätsaspekt geprüft wurde	A) Keine Auffälligkeiten B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person			
Qualitätsaspekt 4.2	2	2: P1, P6	0	0	0
Qualitätsaspekt 4.3	2	2: P4, P7	0	0	0
Qualitätsaspekt 4.4	3	3: P6, P7, P8	0	0	0

Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

Qualitätsaussage

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

Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite

entfällt

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

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

1.2 Unterstützung im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Qualitätsaussage

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

Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite

entfällt

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

A) keine Auffälligkeiten		
P1, P2, P4, P6, P8		
B) Auffälligkeiten (bitte erläutern)		

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

1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung

Qualitätsaussage

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

Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite

entfällt

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

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

1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

Qualitätsaussage

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

Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite

entfällt

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

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

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

2.1 Medikamentöse Therapie

Qualitätsaussage

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

Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite

entfällt

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

A) keine Auffälligkeiten	
P1, P2, P3, P4, P5, P7, P8, P9	
B) Auffälligkeiten (bitte erläutern)	
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen (bitte erläutern und bewerten)	Anzahl versorgte Personen
P6: Ein Regelmedikament wird nicht vorgehalten und ist nachweislich nicht bestellt.	1
D) Defizit mit negativen Folgen (bitte erläutern und bewerten)	Anzahl versorgte Personen

2.2 Schmerzmanagement

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite

entfällt

Der Qualitätsaspekt wurde bei 4 der 9 in die Qualitätsprüfung einbezogenen Personen geprüft.

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

2.3 Wundversorgung

Qualitätsaussage

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite entfällt

2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

Qualitätsaussage

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

Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite entfällt

2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

Qualitätsaussage

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

Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite entfällt

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

3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

Qualitätsaussage

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

Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite entfällt

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

A) keine Auffälligkeiten	
P1, P2, P6	
B) Auffälligkeiten (bitte erläutern)	
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen (bitte erläutern und bewerten)	Anzahl versorgte Personen
D) Defizit mit negativen Folgen (bitte erläutern und bewerten)	Anzahl versorgte Personen

3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation

Qualitätsaussage

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

Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite entfällt

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

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

3.3 Nächtliche Versorgung

Qualitätsaussage

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

Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite

entfällt

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

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

Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

4.1 Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug

Qualitätsaussage

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

Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite

entfällt

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

A) keine Auffälligkeiten	
P5, P6, P7, P8, P9	
B) Auffälligkeiten (bitte erläutern)	
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen (bitte erläutern und bewerten)	Anzahl versorgte Personen

D) Defizit mit negativen Folgen (bitte erläutern und bewerten)	Anzahl versorgte Personen
----------------------------------------------------------------	---------------------------

4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

Qualitätsaussage

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

Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite

entfällt

Der Qualitätsaspekt wurde bei 2 der 9 in die Qualitätsprüfung einbezogenen Personen geprüft.

A) keine Auffälligkeiten	
P1, P6	
B) Auffälligkeiten (bitte erläutern)	
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen (bitte erläutern und bewerten)	Anzahl versorgte Personen
D) Defizit mit negativen Folgen (bitte erläutern und bewerten)	Anzahl versorgte Personen

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

Qualitätsaussage

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

Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite

entfällt

Der Qualitätsaspekt wurde bei 2 der 9 in die Qualitätsprüfung einbezogenen Personen geprüft.

A) keine Auffälligkeiten	
P4, P7	
B) Auffälligkeiten (bitte erläutern)	
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen (bitte erläutern und bewerten)	Anzahl versorgte Personen
D) Defizit mit negativen Folgen (bitte erläutern und bewerten)	Anzahl versorgte Personen

4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Qualitätsaussage

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

Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite

entfällt

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

A) keine Auffälligkeiten	
P6, P7, P8	
B) Auffälligkeiten (bitte erläutern)	
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen (bitte erläutern und bewerten)	Anzahl versorgte Personen
D) Defizit mit negativen Folgen (bitte erläutern und bewerten)	Anzahl versorgte Personen

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

Qualitätsbereich 5: Bedarfsübergreifende fachliche Anforderungen

5.1 Abwehr von Risiken und Gefährdungen

Qualitätsaussage

Gesundheitliche Risiken und Gefährdungen der versorgten Person werden zuverlässig eingeschätzt. Entsprechend der individuellen Risikosituation werden Maßnahmen zur Reduzierung von Risiken und zur Vermeidung von Gefährdungen unter Beachtung der Bedürfnisse der versorgten Person geplant und umgesetzt.

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

5.2 Biografieorientierte Unterstützung

Qualitätsaussage

Die Unterstützung der versorgten Personen orientiert sich an individuell bedeutsamen Ereignissen oder Erfahrungen im Lebensverlauf. Die persönlichen Bezüge der versorgten Person zu solchen Ereignissen und Erfahrungen werden genutzt, um den Alltag bedürfnisgerecht zu gestalten, positive Emotionen zu fördern und – insbesondere bei kognitiv beeinträchtigten Personen – die Bereitschaft zu Kommunikation und Aktivität zu fördern.

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

5.3 Einhaltung von Hygieneanforderungen

Qualitätsaussage

Grundlegende Hygieneanforderungen werden eingehalten und umgesetzt.

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

5.4 Hilfsmittelversorgung

Qualitätsaussage

Die Einrichtung leistet für die versorgte Person eine fachgerechte Unterstützung bei der Nutzung von Hilfsmitteln.

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

5.5 Schutz von Persönlichkeitsrechten und Unversehrtheit

Qualitätsaussage

Die Einrichtung gewährt den Schutz von Persönlichkeitsrechten und die Unversehrtheit der versorgten Person.

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

Qualitätsbereich 6: Einrichtungsinterne Organisation und Qualitätsmanagement

6.1 Qualifikation der und Aufgabenwahrnehmung durch die verantwortliche Pflegefachkraft

Qualitätsaussage

Die Einrichtung hält qualifizierte Leitungskräfte vor. Die verantwortliche Pflegefachkraft nimmt ihre Aufgaben zur Gewährleistung von Fachlichkeit und einer angemessenen Dienstorganisation wahr.

Informationserfassung

Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft und ihrer Stellvertretung in dieser Pflegeeinrichtung (wöchentlicher Stundenumfang)	78,00
Stundenumfang, in dem die verantwortliche Pflegefachkraft und ihre Stellvertretung in der Pflege tätig sind	39,00
Die stell. verantwortliche Pflegefachkraft ist mit 39,0 Wochenstunden in der direkten Pflege tätig. Die verantwortliche Pflegefachkraft ist freigestellt.	

Prüffragen

1. Verfügt die verantwortliche Pflegefachkraft über die notwendige Qualifikation und Erfahrung (Pflegefachkraft, ausreichende Berufserfahrung, Weiterbildung zum Erwerb einer formalen Leitungsqualifikation)?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. Ist die Stellvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft eine Pflegefachkraft?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. Steht die verantwortliche Pflegefachkraft in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. Steht die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5. Verfügt die verantwortliche Pflegefachkraft über genügend Zeit für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6. Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft für eine fachgerechte Planung, Durchführung und Evaluation der Pflegeprozesse?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

7. Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft für die Ausrichtung der Dienstplanung am Pflegebedarf und den Qualifikationsanforderungen?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------

6.2 Begleitung sterbender Personen und ihrer Angehörigen

Qualitätsaussage

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

Prüffragen

1. Liegt ein schriftliches Konzept für die Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. Gibt es Regelungen für die Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen (z. B. Palliativdienste, Hospizinitiativen) und namentlich bekannte Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für solche Einrichtungen?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. Ist konzeptionell geregelt, dass die Wünsche der versorgten Person und der Angehörigen für den Fall einer gesundheitlichen Krise und des Versterbens erfasst werden?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. Ist konzeptionell geregelt, dass Patientenverfügungen oder Vorsorgevollmachten den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt sind und jederzeit verfügbar sind?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5. Ist konzeptionell geregelt, dass im Sterbefall eine direkte Information der Angehörigen entsprechend den von ihnen hinterlegten Wünschen erfolgt?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

6.3 Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Qualitätsdefizite, die bei der letzten externen Prüfung festgestellt wurden oder danach auftraten:	Bei der letzten Prüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI vom 11.05.2022 wurden Defizite im Rahmen des Medikamentenmanagement festgestellt. Bewohner/-innen erhielten nicht durchgängig die ärztlich verordneten Medikamente. In der letzten Begehung des Gesundheitsamtes vom 25.08.2022 wurden keine Defizite festgestellt.
----------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Interne Maßnahmen zur Identifizierung etwaiger Qualitätsdefizite:	<ul style="list-style-type: none"> - Durchführung bewohnerbezogener Pflegevisiten mindestens 1x jährlich durch die verantwortliche Pflegefachkraft - Dokumentationsvisiten 1x im Monat durch die Wohnbereichsleitungen und der verantwortlichen Pflegefachkraft - Durchführung interner Audits 1x im Jahr - Durchführung Hygienevisiten 1x im Jahr - tägliche Morgenrunden auf Leitungsebene zwischen verantwortlicher Pflegefachkraft/ Einrichtungsleitung und Wohnbereichsleitungen - Durchführung regelmäßiger Teambesprechungen
Aktuelle Maßnahmen zur Behebung von Qualitätsdefiziten:	<ul style="list-style-type: none"> - Das Formular für die Apotheke bezüglich des Bestellwesens wurde geändert. - Frequenz der Stichproben der Medikamentenüberprüfung wurde auf 10 % der Stichproben erhöht, sodass die Medikamente jeder versorgten Person einmal pro Monat überprüft wird. - Medikamentenschulung durch die Apotheke. - Schulung der Mitarbeiter durch die verantwortliche Pflegefachkraft zum internen Standard "Medikamente und Bestellwesen" sowie "Umgang mit Bedarfsmedikation".

Prüffragen

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

5. Gesamtergebnis der Plausibilitätskontrolle

Gesamtübersicht der Ergebnisse der Plausibilitätskontrolle des Erhebungsreports			
Anzahl der Personen insgesamt, bei denen der Erhebungsreport geprüft wurde	keine Auffälligkeiten	Auffälligkeit festgestellt	kritischer Bereich (ab drei Personen)
3	Ja		Nein
Eine Plausibilitätskontrolle auf der Ebene des Einzelfalls hat bei 6 versorgten Personen stattgefunden.			
Gesamtübersicht der Ergebnisse der Plausibilitätskontrolle auf der Ebene des Einzelfalls			
Ergebnisindikatoren	Anzahl der Personen insgesamt, bei denen keine Auffälligkeiten festgestellt wurden	Anzahl der Personen insgesamt, bei denen Auffälligkeiten festgestellt wurden	Kritischer Bereich (ab zwei Personen)
Qualitätsbereich 1			
Angaben zur Mobilität (1.1)	6 - P1, P2, P3, P4, P5, P6	0	Nein
Angaben zu gravierenden Sturzfolgen (1.1)	6 - P1, P2, P3, P4, P5, P6	0	Nein
Angaben zu Gewichtsverlust und zu den Faktoren, die das Gewicht beeinflussen (1.2)	6 - P1, P2, P3, P4, P5, P6	0	Nein
Angaben zur Selbstständigkeit bei der Selbstversorgung (1.4)	6 - P1, P2, P3, P4, P5, P6	0	Nein
Qualitätsbereich 2			
Angaben zum Thema Schmerz (2.2)	6 - P1, P2, P3, P4, P5, P6	0	Nein
Angaben zur Dekubitusentstehung (2.3)	6 - P1, P2, P3, P4, P5, P6	0	Nein
Qualitätsbereich 3			
Angaben zur Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte (3.2)	6 - P1, P2, P3, P4, P5, P6	0	Nein

Eine Plausibilitätskontrolle auf der Ebene des Einzelfalls hat bei 6 versorgten Personen stattgefunden.			
Gesamtübersicht der Ergebnisse der Plausibilitätskontrolle auf der Ebene des Einzelfalls			
Ergebnisindikatoren	Anzahl der Personen insgesamt, bei denen keine Auffälligkeiten festgestellt wurden	Anzahl der Personen insgesamt, bei denen Auffälligkeiten festgestellt wurden	Kritischer Bereich (ab zwei Personen)
Angaben zu den kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (3.2)	6 - P1, P2, P3, P4, P5, P6	0	Nein
Qualitätsbereich 4			
Angaben zum Heimeinzug und zur Durchführung eines Integrationsgesprächs (4.1)	6 - P1, P2, P3, P4, P5, P6	0	Nein
Angaben zu Krankenhausaufenthalten (4.2)	6 - P1, P2, P3, P4, P5, P6	0	Nein
Angaben zur Anwendung von Gurten (4.4)	6 - P1, P2, P3, P4, P5, P6	0	Nein
Angaben zur Anwendung von Bettseitenteilen (4.4)	6 - P1, P2, P3, P4, P5, P6	0	Nein

6. Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten

Personenbezogene Empfehlungen

Qualitätsaspekt	Person	Bewertung	Feststellung Maßnahme	Fristvorschlag
Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung				
Qualitätsbereich 2: Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen				
2.1	P6	C	Feststellung: Ein Regelmedikament wird nicht vorgehalten und ist nachweislich nicht bestellt. Maßnahme: Alle Medikamente sind entsprechend den ärztlichen Anordnungen personenbezogen vorzuhalten.	unverzüglich

Qualitätsaspekt	Person	Bewertung	Feststellung Maßnahme	Fristvorschlag
Qualitätsbereich 3: Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte				
Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen				

Einrichtungsbezogene Empfehlungen: keine

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

Verantwortlich für das Gutachten:

28.02.2023, Kerber, Sabine

Anlagen zum Prüfbericht

- Prüfbogen A
- Prüfbogen C

Prüfbogen A**P1****Prüfung bei der versorgten Person - Allgemeine Angaben****A. Angaben zur Prüfung**

1. Auftragsnummer	230216VS14000145-000002260
2. Datum	16.02.2023
3. Uhrzeit	14:40
4. Nummer Prüfbogen A	1

B. Angaben zur versorgten Person

1. Name	P1		
2. Pflegekasse	Allianz		
3. Pflege-/Wohnbereich	Wohnbereich 1		
4. Geburtsdatum	**.**.1935		
5. Alter in Jahren	87		
6. Einzugsdatum	**.10.2014		
7. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Demenz, Diabetes mellitus Typ II, arterielle Hypertonie		
8. Personenbezogener Code	166255		
9. Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
10. Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein <input checked="" type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5		
11. Subgruppe	<input checked="" type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C		
12. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

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

C. Anwesende Personen

1. Name der Gutachterin oder des Gutachters	Reichenberg, Olaf
2. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters	M1
3. Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung	Wohnbereichsleitung / Pflegefachkraft
4. sonstige Personen (z. B. gesetzliche Betreuerin oder gesetzlicher Betreuer)	

Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

1. Beeinträchtigungen	Erläuterungen
<input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance	Die versorgte Person hat ein kleinschrittiges Gangbild.
<input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen	Die versorgte Person kann die Treppe zwischen zwei Etagen überwiegend selbstständig steigen, benötigt aber Begleitung wegen Sturzrisikos.
2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung	
Rollator	

Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

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

Informationserfassung

1. Gewicht	
Gewicht aktuell (in kg)	56,9
Gewicht vor 3 Monaten (in kg)	56,1
Gewicht vor 6 Monaten (in kg)	59,5
Hinweise auf Gewichtsabnahme	
Größe (in cm)	168,0
Aktueller BMI	20,2
Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme	<p>Die versorgte Person muss zur Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme erinnert werden.</p> <p>Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme.</p>

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

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

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung**Qualitätsaussage**

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

Informationserfassung

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Körperpflege	
Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im Bereich der Körperpflege	Die versorgte Person ist in der Lage, sich das Gesicht, den vorderen Oberkörper und den vorderen Intimbereich zu waschen. Der Rücken und das Gesäß müssen gepflegt werden.

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5

Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen aufführen)	Medikamentengabe, 3x täglich richten und verabreichen Insulininjektionen, 3x täglich durchführen Blutzuckerkontrolle, 1x monatlich durchführen Blutdruckmessung, 1x monatlich durchführen Pulskontrolle, 1x monatlich durchführen Gewichtskontrolle, 1x monatlich durchführen
Zusammenfassende Einschätzung der Selbständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen	Der Unterstützungsbedarf begründet sich in den kognitiven Einschränkungen.

2.1 Medikamentöse Therapie

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Medikamentöse Therapie	
Informationen zur medikamentösen Therapie der versorgten Person (soweit verfügbar: Medikationsplan, Hinweise auf Neben-/ Wechselwirkungen, besondere ärztliche An- bzw. Verordnungen):	Regel- und Bedarfsmedikation Nüchtern Medikation Insulininjektionen nach Blutzuckerwert

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

2.2 Schmerzmanagement

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

Informationserfassung

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

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

2.3 Wundversorgung

Qualitätsaussage

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

Informationserfassung

Bei der versorgten Person liegen keine Wunden vor.

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Vorgefundener medizinisch-pflegerischer Bedarf, zu dem eine ärztliche An- bzw. Verordnung vorliegt

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

Besondere ärztliche Anordnungen zu den oben genannten Bedarfslagen

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

Qualitätsaussage

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

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

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

3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

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

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

Hörvermögen der versorgten Person (auch unter Verwendung eines Hörgerätes)

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

Genutzte Hilfsmittel

Lesebrille

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte
<input type="checkbox"/> Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen <input type="checkbox"/> Ruhen und Schlafen <input type="checkbox"/> sich beschäftigen <input checked="" type="checkbox"/> In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen <input type="checkbox"/> Interaktion mit Personen im direkten Kontakt <input type="checkbox"/> Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes
Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen
Das Kurzzeitgedächtnis ist beeinträchtigt.
Tagesablauf und Aktivitäten im Alltag der versorgten Person (nur zu erfassen bei Personen mit beeinträchtigter Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte)

Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

3.3 Nächtliche Versorgung

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Nächtlicher Unterstützungsbedarf

Bei der versorgten Person liegt kein nächtlicher Unterstützungsbedarf vor.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

4.1 Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Unterstützung nach Einzug

Einzugsdatum	06.10.2014
Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf)	
Anpassung der Unterstützung während der ersten 8 Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf)	
Der Einzug der versorgten Person liegt bereits länger als 12 Monate zurück.	

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

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

Vom 27.10.2022 bis 08.11.2022 wegen metabolischer Azidose bei Exsikkose.

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

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

Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

Prüfbogen A**P2****Prüfung bei der versorgten Person - Allgemeine Angaben****A. Angaben zur Prüfung**

1. Auftragsnummer	230216VS14000145-000002260
2. Datum	16.02.2023
3. Uhrzeit	12:00
4. Nummer Prüfbogen A	2

B. Angaben zur versorgten Person

1. Name	P2		
2. Pflegekasse	AOK Rheinland/Hamburg		
3. Pflege-/Wohnbereich	Wohnbereich 2		
4. Geburtsdatum	**.**.1934		
5. Alter in Jahren	89		
6. Einzugsdatum	**.11.2020		
7. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	KHK, Demenz		
8. Personenbezogener Code	168248		
9. Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
10. Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein <input checked="" type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5		
11. Subgruppe	<input checked="" type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C		
12. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
13. Vorhandene Unterlagen	Pflegedokumentation		

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

C. Anwesende Personen

1. Name der Gutachterin oder des Gutachters	Reichenberg, Olaf
2. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters	M1
3. Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung	Wohnbereichsleitung / Pflegefachkraft
4. sonstige Personen (z. B. gesetzliche Betreuerin oder gesetzlicher Betreuer)	

Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

1. Beeinträchtigungen	Erläuterungen
<input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance	Die versorgte Person hat ein kleinschrittiges Gangbild. Beim Stehen muss sie sich festhalten. Sie überschätzt ihre Fähigkeiten. Tagsüber sitzt sie stundenweise in einem Rollstuhl, der selbständig fortbewegt werden kann.
<input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen	Die versorgte Person ist beim Treppensteigen unselbstständig. Sie muss getragen oder mit Hilfsmitteln transportiert werden.
<input checked="" type="checkbox"/> Beweglichkeit der Extremitäten	Die Feinmotorik ist eingeschränkt.
<input checked="" type="checkbox"/> Kraft	Die versorgte Person ist in ihrer Kraft gemindert.
2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung	
Rollator Rollstuhl	

Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

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

Informationserfassung

1. Gewicht	
Gewicht aktuell (in kg)	55,6
Gewicht vor 3 Monaten (in kg)	54,3
Gewicht vor 6 Monaten (in kg)	54,3
Hinweise auf Gewichtsabnahme	
Größe (in cm)	150,0
Aktueller BMI	24,7
Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme	<p>Die versorgte Person muss zur Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme motiviert werden.</p> <p>Im Zusammenhang mit der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme werden folgende Hilfsmittel genutzt:</p> <p>Trinkbecher</p>

2. Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme

<input type="checkbox"/> Magensonde	<input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung
<input type="checkbox"/> PEG-Sonde	<input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung
<input type="checkbox"/> PEJ-Sonde	<input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich
	<input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich
	<input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe
	<input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft
	<input type="checkbox"/> Applikation per Bolus
Flüssigkeit ml/24h + Flussrate	
Zustand der Sonde, Eintrittsstelle, Verband	
<input type="checkbox"/> Subkutane Infusion	
<input type="checkbox"/> i.v.-Infusion	
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel	

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Kontinenz	
Beeinträchtigungen der Harn- und Stuhlkontinenz	Abhängig kompensierte Harninkontinenz und Stuhlinkontinenz.

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Körperpflege	
Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im Bereich der Körperpflege	Unter kleinschrittiger Anleitung ist sie in der Lage, sich das Gesicht und Teile des vorderen Oberkörpers zu waschen. Die restliche Körperpflege muss übernommen werden.

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5

Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen aufführen)	Medikamentengabe, 3x täglich richten und verabreichen Blutdruckmessung, 1x monatlich durchführen Pulskontrolle, 1x monatlich durchführen Gewichtskontrolle, 1x monatlich durchführen Kompressionsstrümpfe an- und ausziehen Flüssigkeitsbilanzierung, durchführen
Zusammenfassende Einschätzung der Selbständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen	Der Unterstützungsbedarf begründet sich in den kognitiven Einschränkungen.

2.1 Medikamentöse Therapie

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

2.2 Schmerzmanagement

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

Informationserfassung

Schmerzmanagement	
Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen (einschließlich chronischer Schmerz, der aufgrund der aktuellen Schmerzmedikation abgeklungen ist)?	<input type="checkbox"/> Ja, akute Schmerzen <input checked="" type="checkbox"/> Ja, chronische Schmerzen <input type="checkbox"/> Nein
Lokalisation	Rücken
Schmerzintensität	Stabile Schmerzsituation Aktuelle Schmerzmedikation: Tilidin 50/4 mg

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

2.3 Wundversorgung**Qualitätsaussage**

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

Informationserfassung

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

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Vorgefundener medizinisch-pflegerischer Bedarf, zu dem eine ärztliche An- bzw. Verordnung vorliegt	
<input type="checkbox"/> Absaugen <input type="checkbox"/> Versorgung mit Beatmungsgerät <input type="checkbox"/> Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose <input type="checkbox"/> Versorgung von Drainagen <input type="checkbox"/> Versorgung mit einem suprapubischen Katheter <input type="checkbox"/> Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) <input type="checkbox"/> Versorgung mit Colo-/Ileo-/Uro- oder sonstigem Stoma <input type="checkbox"/> Versorgung mit einer Trachealkanüle <input type="checkbox"/> Versorgung mit einem zentralen Venenkatheter	
Besondere ärztliche Anordnungen zu den oben genannten Bedarfslagen	Bei der versorgten Person bestehen keine besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

Qualitätsaussage

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

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

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

3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

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

Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

4.1 Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Unterstützung nach Einzug	
Einzugsdatum	18.11.2020
Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf)	
Anpassung der Unterstützung während der ersten 8 Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf)	
Der Einzug der versorgten Person liegt bereits länger als 12 Monate zurück.	

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

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

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

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

Informationserfassung

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen**Qualitätsaussage**

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

Informationserfassung

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

Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

- | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> nicht eingeschränkt (Gegenstände im Zimmer werden erkannt) |
| <input type="checkbox"/> eingeschränkt (Gegenstände im Zimmer werden nur teilweise oder nicht erkannt) |
| <input type="checkbox"/> stark eingeschränkt (Person sieht nur Schatten / Konturen) |
| <input type="checkbox"/> Die versorgte Person ist blind |
| <input type="checkbox"/> Beurteilung ist nicht möglich |

Hörvermögen der versorgten Person (auch unter Verwendung eines Hörgerätes)

- | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> nicht eingeschränkt (auch bei Nebengeräuschen kann die versorgte Person einzelne Personen verstehen) |
| <input type="checkbox"/> eingeschränkt (die versorgte Person kann nur ohne Nebengeräusche einzelne Personen verstehen) |
| <input type="checkbox"/> stark eingeschränkt (die versorgte Person kann nur sehr laute Geräusche hören, kein Sprachverständnis) |
| <input type="checkbox"/> Die versorgte Person ist gehörlos |
| <input type="checkbox"/> Beurteilung ist nicht möglich |

Genutzte Hilfsmittel

Brille

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte

- | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ruhen und Schlafen |
| <input checked="" type="checkbox"/> sich beschäftigen |
| <input checked="" type="checkbox"/> In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen |
| <input checked="" type="checkbox"/> Interaktion mit Personen im direkten Kontakt |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes |

Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen

Die versorgte Person ist zeitlich/ örtlich/ situativ/ persönlich desorientiert.

Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

- A) keine Auffälligkeiten

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

- C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

- D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

3.3 Nächtliche Versorgung

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Nächtlicher Unterstützungsbedarf

In der Nacht besteht ein Hilfebedarf bei der Ausscheidung sowie bei der Flüssigkeitsaufnahme.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

- A) keine Auffälligkeiten

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

- C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

- D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

Prüfbogen A**P3****Prüfung bei der versorgten Person - Allgemeine Angaben****A. Angaben zur Prüfung**

1. Auftragsnummer	230216VS14000145-000002260
2. Datum	16.02.2023
3. Uhrzeit	10:25
4. Nummer Prüfbogen A	3

B. Angaben zur versorgten Person

1. Name	P3
2. Pflegekasse	AOK Rheinland/Hamburg
3. Pflege-/Wohnbereich	Wohnbereich 2
4. Geburtsdatum	**.**.1940
5. Alter in Jahren	82
6. Einzugsdatum	**.08.2019
7. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Hirninfarkt, arterielle Hypertonie, Fibromyalgiesyndrom
8. Personenbezogener Code	167878
9. Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10. Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein <input checked="" type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5
11. Subgruppe	<input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A <input checked="" type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C
12. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

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

C. Anwesende Personen

1. Name der Gutachterin oder des Gutachters	Reichenberg, Olaf
2. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters	M1
3. Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung	Wohnbereichsleitung / Pflegefachkraft
4. sonstige Personen (z. B. gesetzliche Betreuerin oder gesetzlicher Betreuer)	

Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

1. Beeinträchtigungen	Erläuterungen
<input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance	Die versorgte Person hat ein kleinschrittiges Gangbild. Beim Stehen muss sie sich festhalten.
<input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen	Die versorgte Person ist beim Treppensteigen unselbstständig. Sie muss getragen oder mit Hilfsmittel transportiert werden.
2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung	
Rollator	

Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

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

Informationserfassung

1. Gewicht	
Gewicht aktuell (in kg)	69,5
Gewicht vor 3 Monaten (in kg)	68,1
Gewicht vor 6 Monaten (in kg)	68,5
Hinweise auf Gewichtsabnahme	
Größe (in cm)	154,0
Aktueller BMI	29,3
Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme	Bei der versorgten Person sind keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme vorhanden. Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme.
2. Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme	
<input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde	<input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus
Flüssigkeit ml/24h + Flussrate	
Zustand der Sonde, Eintrittsstelle, Verband	

<input type="checkbox"/> Subkutane Infusion
<input type="checkbox"/> i.v.-Infusion
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung**Qualitätsaussage**

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

Informationserfassung

Kontinenz	
Beeinträchtigungen der Harn- und Stuhlkontinenz	Abhängig kompensierte Harninkontinenz. Stuhlkontinenz ist erhalten.
Nutzung von	<input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter <input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten offen <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten geschlossen <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Sonstiges

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

1.4 Unterstützung bei der Körperpflege**Qualitätsaussage**

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

Informationserfassung

Körperpflege

Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im Bereich der Körperpflege

Die versorgte Person ist in der Lage, sich das Gesicht und den vorderen Oberkörper zu waschen. Der Rücken und der Unterkörper müssen gepflegt werden.

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5

Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen aufführen)	Medikamentengabe, 2x täglich richten Kompressionsstrümpfe an- und ausziehen Blutdruckmessung, 3x wöchentlich durchführen Pulskontrolle, 3x wöchentlich durchführen Gewichtskontrolle, 1x monatlich durchführen
Zusammenfassende Einschätzung der Selbständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen	Der Unterstützungsbedarf begründet sich in den motorischen Einschränkungen.

2.1 Medikamentöse Therapie

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung**Medikamentöse Therapie**

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

Regel- und Bedarfsmedikation

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

2.2 Schmerzmanagement**Qualitätsaussage**

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

Informationserfassung

Schmerzmanagement	
Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen (einschließlich chronischer Schmerz, der aufgrund der aktuellen Schmerzmedikation abgeklungen ist)?	<input type="checkbox"/> Ja, akute Schmerzen <input checked="" type="checkbox"/> Ja, chronische Schmerzen <input type="checkbox"/> Nein
Lokalisation	Schulter und Rücken
Schmerzintensität	Stabile Schmerzsituation Aktuelle Schmerzmedikation: Oxycodon 20 mg

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

2.3 Wundversorgung

Qualitätsaussage

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

Informationserfassung

Bei der versorgten Person liegen keine Wunden vor.

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Vorgefundener medizinisch-pflegerischer Bedarf, zu dem eine ärztliche An- bzw. Verordnung vorliegt

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

Besondere ärztliche Anordnungen zu den oben genannten Bedarfslagen

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

Qualitätsaussage

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

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

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

3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte
<input type="checkbox"/> Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen <input type="checkbox"/> Ruhen und Schlafen <input type="checkbox"/> sich beschäftigen <input type="checkbox"/> In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen <input type="checkbox"/> Interaktion mit Personen im direkten Kontakt <input type="checkbox"/> Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes
Bei der versorgten Person liegt kein Bedarf an Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung oder Kommunikation vor.
Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen

Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

3.3 Nächtliche Versorgung

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Nächtlicher Unterstützungsbedarf
Bei der versorgten Person liegt kein nächtlicher Unterstützungsbedarf vor.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

4.1 Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Unterstützung nach Einzug	
Einzugsdatum	28.08.2019
Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf)	
Anpassung der Unterstützung während der ersten 8 Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf)	
Der Einzug der versorgten Person liegt bereits länger als 12 Monate zurück.	

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

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

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

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

Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

Prüfbogen A

P4

Prüfung bei der versorgten Person - Allgemeine Angaben

A. Angaben zur Prüfung

1. Auftragsnummer	230216VS14000145-000002260
2. Datum	16.02.2023
3. Uhrzeit	13:15
4. Nummer Prüfbogen A	4

B. Angaben zur versorgten Person

1. Name	P4
2. Pflegekasse	AOK Rheinland/ Hamburg
3. Pflege-/Wohnbereich	1
4. Geburtsdatum	**.**.1940
5. Alter in Jahren	82
6. Einzugsdatum	**.10.2020
7. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Diabetes Mellitus Typ 2, Mangelernährung, Anämie, Hemiparese rechts, Depression, Arterielle Hypertonie, Chronische Gastritis.
8. Personenbezogener Code	168220
9. Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/ Ergebniserfassung	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10. Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein <input checked="" type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5
11. Subgruppe	<input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A <input checked="" type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C
12. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

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

C. Anwesende Personen

1. Name der Gutachterin oder des Gutachters	Nicole Wengler
2. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters	M1
3. Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung	Altenpfleger
4. sonstige Personen (z. B. gesetzliche Betreuerin oder gesetzlicher Betreuer)	

Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

1. Beeinträchtigungen	Erläuterungen
<input checked="" type="checkbox"/> Positionswechsel im Bett	Die versorgte Person kann ihre Position im Bett, nach Anreichen eines Hilfsmittels oder reichen einer Hand, überwiegend selbstständig verändern.
<input checked="" type="checkbox"/> Aufstehen	Nur mit personeller Hilfe.
<input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance	Die versorgte Person ist unselbstständig. Sie muss getragen oder vollständig im Rollstuhl geschoben werden. Das Stehen ist auch mit Hilfe nicht möglich.
<input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen	Die versorgte Person ist beim Treppensteigen unselbstständig. Sie muss getragen oder mit Hilfsmittel transportiert werden.
<input checked="" type="checkbox"/> Beweglichkeit der Extremitäten	Aufgrund vorliegender Hemiparese kann der linke Arm nicht abgewinkelt, die linke Hand nicht aktiv geöffnet werden. Das linke Sprunggelenk zeigt eine leichte Innenrotation.

2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung

Pflegebett mit Aufrichter, Rollstuhl, Toilettenstuhl.

Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

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

Informationserfassung

1. Gewicht	
Gewicht aktuell (in kg)	45,4
Gewicht vor 3 Monaten (in kg)	45,6
Gewicht vor 6 Monaten (in kg)	45,7
Hinweise auf Gewichtsabnahme	
Größe (in cm)	158,0
Aktueller BMI	18,2

Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme	Die versorgte Person ist beim mundgerechten Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken überwiegend unselbstständig. Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme.
Die versorgte Person erhält zusätzlich hochkalorische Trinknahrung.	
2. Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme	
<input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde	<input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus
Flüssigkeit ml/24h + Flussrate	
Zustand der Sonde, Eintrittsstelle, Verband	
<input type="checkbox"/> Subkutane Infusion	
<input type="checkbox"/> i.v.-Infusion	
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel	

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung**Qualitätsaussage**

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

Informationserfassung

Kontinenz	
Beeinträchtigungen der Harn- und Stuhlkontinenz	Abhängig erreichte Harnkontinenz
Nutzung von	<input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter <input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten offen <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten geschlossen <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Sonstigem

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Körperpflege	
Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im Bereich der Körperpflege	Die versorgte Person kann das Gesicht selbständig waschen. Die restliche Körperpflege sowie das Duschen muss übernommen werden.

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

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

Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5

Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen aufführen)	Medikamentengabe 4x täglich richten und bereitstellen Blutdruckmessung 1x monatlich Übernahme Gewichtskontrolle 1x monatlich Übernahme Physiotherapie 2x wöchentlich
Zusammenfassende Einschätzung der Selbständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen	Der Unterstützungsbedarf begründet sich in den motorischen Einschränkungen.

2.1 Medikamentöse Therapie

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

2.2 Schmerzmanagement

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

Informationserfassung

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

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

2.3 Wundversorgung

Qualitätsaussage

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

Informationserfassung

Bei der versorgten Person liegen keine Wunden vor.

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Vorgefundener medizinisch-pflegerischer Bedarf, zu dem eine ärztliche An- bzw. Verordnung vorliegt

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

Besondere ärztliche Anordnungen zu den oben genannten Bedarfslagen

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

Qualitätsaussage

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

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

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

3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

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

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

Hörvermögen der versorgten Person (auch unter Verwendung eines Hörgerätes)

- | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> nicht eingeschränkt (auch bei Nebengeräuschen kann die versorgte Person einzelne Personen verstehen) |
| <input type="checkbox"/> eingeschränkt (die versorgte Person kann nur ohne Nebengeräusche einzelne Personen verstehen) |
| <input type="checkbox"/> stark eingeschränkt (die versorgte Person kann nur sehr laute Geräusche hören, kein Sprachverständnis) |
| <input type="checkbox"/> Die versorgte Person ist gehörlos |
| <input type="checkbox"/> Beurteilung ist nicht möglich |

Genutzte Hilfsmittel

Lesebrille

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte

- | |
|------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen |
| <input type="checkbox"/> Ruhen und Schlafen |
| <input type="checkbox"/> sich beschäftigen |
| <input type="checkbox"/> In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen |
| <input type="checkbox"/> Interaktion mit Personen im direkten Kontakt |
| <input type="checkbox"/> Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes |

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

Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen

Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

3.3 Nächtliche Versorgung

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Nächtlicher Unterstützungsbedarf

Toilettengang ermöglichen, Medikamentengabe, Sichtkontrolle.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

4.1 Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Unterstützung nach Einzug	
Einzugsdatum	21.10.2020
Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf)	
Anpassung der Unterstützung während der ersten 8 Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf)	
Der Einzug der versorgten Person liegt bereits länger als 12 Monate zurück.	

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

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

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

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Verbale Aggression:

Die versorgte Person kann ihre Emotionen nicht immer kontrollieren.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

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

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

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

Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

Prüfbogen A**P5****Prüfung bei der versorgten Person - Allgemeine Angaben****A. Angaben zur Prüfung**

1. Auftragsnummer	230216VS14000145-000002260
2. Datum	16.02.2023
3. Uhrzeit	10:27
4. Nummer Prüfbogen A	5

B. Angaben zur versorgten Person

1. Name	P5	
2. Pflegekasse	AOK Rheinland/Hamburg	
3. Pflege-/Wohnbereich	1	
4. Geburtsdatum	**.**.1957	
5. Alter in Jahren	65	
6. Einzugsdatum	**.05.2022	
7. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Leberzirrhose, Akutes Nierenversagen, Kachexie, Heroinabusus, Vigilanzminderung bei akuter Diazepamintoxikation, HIV.	
8. Personenbezogener Code	168698	
9. Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
10. Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein	<input checked="" type="checkbox"/> Pflegegrad 3
	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 1	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 4
	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 2	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 5
11. Subgruppe	<input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B <input checked="" type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C	
12. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person)	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

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

C. Anwesende Personen

1. Name der Gutachterin oder des Gutachters	Nicole Wengler
2. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters	M1
3. Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung	Altenpfleger
4. sonstige Personen (z. B. gesetzliche Betreuerin oder gesetzlicher Betreuer)	

Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

1. Beeinträchtigungen	Erläuterungen
<input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance	Die versorgte Person kann die Aktivitäten überwiegend selbstständig durchführen. Personelle Hilfe ist beim Bereitstellen von Hilfsmitteln erforderlich oder durch Beobachtung aus Sicherheitsgründen sowie gelegentliches Stützen bzw. Unterhaken.
<input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen	Die versorgte Person ist beim Treppensteigen überwiegend unselbstständig. Sie benötigt Stützung oder festen Halt durch eine Pflegeperson.
<input checked="" type="checkbox"/> Kraft	Insgesamt deutlich kraftgemindert.
2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung	
Rollator, Pflegebett, Duschstuhl.	

Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

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

Informationserfassung

1. Gewicht	
Gewicht aktuell (in kg)	57,9
Gewicht vor 3 Monaten (in kg)	53,1
Gewicht vor 6 Monaten (in kg)	52,2
Hinweise auf Gewichtsabnahme	
Größe (in cm)	173,0
Aktueller BMI	19,3
Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme	Bei der versorgten Person sind keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme vorhanden. Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme.
Die versorgte Person erhält zusätzlich hochkalorische Trinknahrung.	
2. Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme	

<input type="checkbox"/> Magensonde	<input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung
<input type="checkbox"/> PEG-Sonde	<input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung
<input type="checkbox"/> PEJ-Sonde	<input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich
	<input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich
	<input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe
	<input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft
	<input type="checkbox"/> Applikation per Bolus
Flüssigkeit ml/24h + Flussrate	
Zustand der Sonde, Eintrittsstelle, Verband	
<input type="checkbox"/> Subkutane Infusion	
<input type="checkbox"/> i.v.-Infusion	
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel	

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Körperpflege	
Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im Bereich der Körperpflege	Die versorgte Person ist beim Duschen und Baden überwiegend unselbständig. Die versorgte Person ist beim Waschen des vorderen Oberkörpers/der Körperpflege im Bereich des Kopfes überwiegend selbständig. Die versorgte Person ist beim Waschen des Unterkörpers überwiegend selbständig.

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5

Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen aufführen)	Medikamentengabe 4x täglich richten und bereitstellen Blutdruckmessung 1x monatlich Übernahme Gewichtskontrolle 1x wöchentlich Übernahme
---------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Zusammenfassende Einschätzung der Selbständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen	Der Unterstützungsbedarf erfolgt aus Sicherheitsgründen auf Wunsch der versorgten Person.
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------

2.1 Medikamentöse Therapie

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

2.2 Schmerzmanagement

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

Informationserfassung

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

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

2.3 Wundversorgung

Qualitätsaussage

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

Informationserfassung

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

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Vorgefundener medizinisch-pflegerischer Bedarf, zu dem eine ärztliche An- bzw. Verordnung vorliegt

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

Besondere ärztliche Anordnungen zu den oben genannten Bedarfslagen

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

Qualitätsaussage

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

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

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

3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

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

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

Hörvermögen der versorgten Person (auch unter Verwendung eines Hörgerätes)

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

Genutzte Hilfsmittel

Brille

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte

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

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

Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen

Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

3.3 Nächtliche Versorgung

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung**Nächtlicher Unterstützungsbedarf**

Spätmahlzeit bereitstellen, Medikamentengabe, Sichtkontrolle.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen**4.1 Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug****Qualitätsaussage**

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

Informationserfassung

Unterstützung nach Einzug	
Einzugsdatum	03.05.2022
Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf)	10.05.2022
Anpassung der Unterstützung während der ersten 8 Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf)	Die versorgte Person gibt an sich in der Einrichtung sehr wohl zu fühlen.

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

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

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

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

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

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

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

Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

Prüfbogen A**P6****Prüfung bei der versorgten Person - Allgemeine Angaben****A. Angaben zur Prüfung**

1. Auftragsnummer	230216VS14000145-000002260
2. Datum	16.02.2023
3. Uhrzeit	13:41
4. Nummer Prüfbogen A	6

B. Angaben zur versorgten Person

1. Name	P6
2. Pflegekasse	AOK Rheinland/Hamburg
3. Pflege-/Wohnbereich	3
4. Geburtsdatum	**.**.1970
5. Alter in Jahren	52
6. Einzugsdatum	**.06.2022
7. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Erfolgreiche präklinische Reanimation bei Kammerflimmern bei akutem Hinterwand STEMI am 01.07.2022, Zustand nach prolongiertem hypermotorischen Delir bei a.e. hyoxischer Enzephalopathie, Zustand nach multiplen Schädelhirnverletzungen mit Langzeitbeatmung und prolongiertem Weaning, Zustand nach multiplen Stürzen bei Alkoholintoxikation, Gangstörung.
8. Personenbezogener Code	168264
9. Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10. Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input checked="" type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5

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

C. Anwesende Personen

1. Name der Gutachterin oder des Gutachters	Kerber, Sabine
2. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters	M1
3. Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung	Altenpflegerin /Wohnbereichsleitung
4. sonstige Personen (z. B. gesetzliche Betreuerin oder gesetzlicher Betreuer)	

Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

1. Beeinträchtigungen	Erläuterungen
<input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance	Stehen erfolgt mit beidseitigem festhalten. Das Gehen erfolgt tagesformabhängig in Begleitung bzw. mit Unterhaken der Pflegekraft. Das Gangbild ist im Besuch leicht ataktisch, breitbeinig und unsicher.
<input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen	Die versorgte Person ist beim Treppensteigen unselfstständig. Sie muss getragen oder mit Hilfsmittel transportiert werden.

<input checked="" type="checkbox"/> Beweglichkeit der Extremitäten	Beide Arme sind beidseitig bis Schulterhöhe aktiv anhebbar. Die Rumpfbeuge ist eingeschränkt.
2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung	
Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung.	

Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

1.2 Unterstützung im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

1. Gewicht	
Gewicht aktuell (in kg)	71,1
Gewicht vor 3 Monaten (in kg)	64,4
Gewicht vor 6 Monaten (in kg)	59,9
Hinweise auf Gewichtsabnahme	
Größe (in cm)	170,0
Aktueller BMI	24,6

Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme	Harte Speisen müssen zerkleinert werden, Butterbrote geschmiert werden. Im Zusammenhang mit der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme werden folgende Hilfsmittel genutzt: Trinkbecher
----------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2. Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme

<input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde	<input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus
Flüssigkeit ml/24h + Flussrate	
Zustand der Sonde, Eintrittsstelle, Verband	
<input type="checkbox"/> Subkutane Infusion	
<input type="checkbox"/> i.v.-Infusion	
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel	

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung**Qualitätsaussage**

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

Informationserfassung

Kontinenz	
Beeinträchtigungen der Harn- und Stuhlkontinenz	Abhängig kompensierte Harn- und Stuhlinkontinenz.
Nutzung von	<input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter <input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten offen <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten geschlossen <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Sonstigem
große Vorlagen und Netzhose	

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

1.4 Unterstützung bei der Körperpflege**Qualitätsaussage**

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

Informationserfassung

Körperpflege	
Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im Bereich der Körperpflege	Die versorgte Person wäscht sich unter kleinschrittiger Anleitung und Beaufsichtigung das Gesicht und die Hände. Die restliche Körperpflege wird von der Pflegekraft übernommen.

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen aufführen)	- Medikamentengabe 4 mal täglich richten und verabreichen - Blutdruckmessung 1 mal im Monat Übernahme - Pulskontrolle 1 mal im Monat Übernahme - Gewichtskontrolle 1 mal im Monat Übernahme
Zusammenfassende Einschätzung der Selbständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen	Der Unterstützungsbedarf der versorgten Person begründet sich im beeinträchtigten Erinnerungsvermögen sowie in den motorischen Einschränkungen.

2.1 Medikamentöse Therapie**Qualitätsaussage**

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

Informationserfassung

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

Defizit 1

Ein Regelmedikament wird nicht vorgehalten und ist nachweislich nicht bestellt.

Ärztlich verordnet sind am 07.09.2022 Movicol Beutel 1-0-0 3x wöchentlich montags, mittwochs und freitags.

Im Rahmen der Medikamentenüberprüfung zeigt sich, dass das ärztlich verordnete Medikament nicht be vorratet und nachweislich nicht bestellt wurde.

Die begleitende Pflegefachkraft bestellt sofort per Fax das fehlende Medikament.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

2.2 Schmerzmanagement

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

Informationserfassung

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

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

2.3 Wundversorgung

Qualitätsaussage

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

Informationserfassung

Bei der versorgten Person liegen keine Wunden vor.

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Vorgefundener medizinisch-pflegerischer Bedarf, zu dem eine ärztliche An- bzw. Verordnung vorliegt	
<input type="checkbox"/> Absaugen <input type="checkbox"/> Versorgung mit Beatmungsgerät <input type="checkbox"/> Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose <input type="checkbox"/> Versorgung von Drainagen <input type="checkbox"/> Versorgung mit einem suprapubischen Katheter <input type="checkbox"/> Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) <input type="checkbox"/> Versorgung mit Colo-/Ileo-/Uro- oder sonstigem Stoma <input type="checkbox"/> Versorgung mit einer Trachealkanüle <input type="checkbox"/> Versorgung mit einem zentralen Venenkatheter	Besondere ärztliche Anordnungen zu den oben genannten Bedarfslagen Bei der versorgten Person bestehen keine besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

Qualitätsaussage

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

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

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

3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte
<input checked="" type="checkbox"/> Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen <input checked="" type="checkbox"/> Ruhen und Schlafen <input checked="" type="checkbox"/> sich beschäftigen <input checked="" type="checkbox"/> In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen <input checked="" type="checkbox"/> Interaktion mit Personen im direkten Kontakt <input checked="" type="checkbox"/> Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes
Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen
Die versorgte Person ist situativ und zeitlich nicht vollständig orientiert. Sie ist insgesamt stark verlangsamt.
Tagesablauf und Aktivitäten im Alltag der versorgten Person (nur zu erfassen bei Personen mit beeinträchtigter Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte)
Der Tagesablauf der versorgten Person wird mit umfangreicher Hilfe durch die Pflegekräfte und Mitarbeiter des sozialen Dienstes gestaltet.

Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

3.3 Nächtliche Versorgung

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Nächtlicher Unterstützungsbedarf
- Inkontinenzversorgung
- Getränke und Zwischenmahlzeit anbieten

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen**4.1 Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug****Qualitätsaussage**

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

Informationserfassung

Unterstützung nach Einzug	
Einzugsdatum	03.06.2022
Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf)	10.06.2022
Anpassung der Unterstützung während der ersten 8 Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf)	Die versorgte Person gibt an, sich gut in der Einrichtung eingelebt zu haben, sie fühlt sich wohl.

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

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

Stationärer Krankenaufenthalt vom 01.07.2022 bis 04.08.2022 wegen Kammerflimmern mit präklinischer Reanimation bei Hinterwand STEMI am 01.07.2022.

Stationärer Krankenaufenthalt vom 22.08.2022 bis 27.08.2022 sowie letztmalig vom 29.08.2022 bis 06.09.2022 wegen akutem subduralen Hämatom rechtshemisphärisch bei chronischem Subduralhämatom, Subarachnoidalblutung, und Pneumonie mit intensivstationärer Überwachung.

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) keine Auffälligkeiten

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

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

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

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Einsatzdauer und Art der freiheitsentziehenden Maßnahmen, Begründung des Einsatzes aus der Sicht der Einrichtung
Unterbringung in einem geschützten Bereich. Eine richterliche Genehmigung bis zum 24.01.2025 liegt wegen Eigengefährdung vor.
Einwilligung oder Vorliegen/Beantragung einer richterlichen Genehmigung bzw. einer richterlichen Anordnung
Ein aktueller Beschluss des Amtsgerichtes zur geschlossenen Unterbringung vom 04.11.2022 liegt vor.

Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

Prüfbogen A**P7****Prüfung bei der versorgten Person - Allgemeine Angaben****A. Angaben zur Prüfung**

1. Auftragsnummer	230216VS14000145-000002260
2. Datum	16.02.2023
3. Uhrzeit	10:30
4. Nummer Prüfbogen A	7

B. Angaben zur versorgten Person

1. Name	P7	
2. Pflegekasse	AOK Rheinland/Hamburg	
3. Pflege-/Wohnbereich	Wohnbereich 3/geschützter Bereich	
4. Geburtsdatum	**.**.1959	
5. Alter in Jahren	63	
6. Einzugsdatum	**.12.2022	
7. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Paranoide Schizophrenie, Diabetes mellitus.	
8. Personenbezogener Code		
9. Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein
10. Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input checked="" type="checkbox"/> Pflegegrad 2	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5
11. Subgruppe	<input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C	
12. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person)	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
13. Vorhandene Unterlagen	Handschriftliche Pflegedokumentation	

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

C. Anwesende Personen

1. Name der Gutachterin oder des Gutachters	Kerber, Sabine
2. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters	M1
3. Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung	Altenpflegerin/ Wohnbereichsleitung.
4. sonstige Personen (z. B. gesetzliche Betreuerin oder gesetzlicher Betreuer)	

Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

1. Beeinträchtigungen	Erläuterungen
Bei der versorgten Person liegen keine Beeinträchtigungen im Bereich der Mobilität vor.	
2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung	
Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung.	

Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

1.2 Unterstützung im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

1. Gewicht	
Gewicht aktuell (in kg)	86,1
Gewicht vor 3 Monaten (in kg)	
Gewicht vor 6 Monaten (in kg)	
Hinweise auf Gewichtsabnahme	Gewicht bei Einzug am 06.12.2022: 86,4 kg.
Größe (in cm)	162,0
Aktueller BMI	32,8
Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme	<p>Bei der versorgten Person sind keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme vorhanden.</p> <p>Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme.</p>
2. Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme	
<input type="checkbox"/> Magensonde	<input type="checkbox"/> vollständige Sondernährung
<input type="checkbox"/> PEG-Sonde	<input type="checkbox"/> teilweise Sondernährung
<input type="checkbox"/> PEJ-Sonde	<input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich
	<input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich
	<input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe
	<input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft
	<input type="checkbox"/> Applikation per Bolus
Flüssigkeit ml/24h + Flussrate	
Zustand der Sonde, Eintrittsstelle, Verband	
<input type="checkbox"/> Subkutane Infusion	
<input type="checkbox"/> i.v.-Infusion	
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel	

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung**Qualitätsaussage**

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

Informationserfassung

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

1.4 Unterstützung bei der Körperpflege**Qualitätsaussage**

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

Informationserfassung

Körperpflege	
Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im Bereich der Körperpflege	Die versorgte Person benötigt Impulsgaben zur Durchführung der Körperpflege sowie eine Sicherheitsanwesenheit beim Duschen. Sie sieht die Durchführung der Körperpflege häufig nicht ein.

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5

Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen aufführen)	- Medikamentengabe bei Bedarf
Zusammenfassende Einschätzung der Selbständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen	Der Unterstützungsbedarf der versorgten Person begründet sich in den kognitiven Einschränkungen.

2.1 Medikamentöse Therapie**Qualitätsaussage**

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

Informationserfassung

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

2.2 Schmerzmanagement

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

Informationserfassung

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

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

2.3 Wundversorgung

Qualitätsaussage

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

Informationserfassung

Bei der versorgten Person liegen keine Wunden vor.

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Vorgefundener medizinisch-pflegerischer Bedarf, zu dem eine ärztliche An- bzw. Verordnung vorliegt	
<input type="checkbox"/> Absaugen <input type="checkbox"/> Versorgung mit Beatmungsgerät <input type="checkbox"/> Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose <input type="checkbox"/> Versorgung von Drainagen <input type="checkbox"/> Versorgung mit einem suprapubischen Katheter <input type="checkbox"/> Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) <input type="checkbox"/> Versorgung mit Colo-/Ileo-/Uro- oder sonstigem Stoma <input type="checkbox"/> Versorgung mit einer Trachealkanüle <input type="checkbox"/> Versorgung mit einem zentralen Venenkatheter	
Besondere ärztliche Anordnungen zu den oben genannten Bedarfslagen	Bei der versorgten Person bestehen keine besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

Qualitätsaussage

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

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

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

3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation**Qualitätsaussage**

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

Informationserfassung

Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte
<input checked="" type="checkbox"/> Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen <input checked="" type="checkbox"/> Ruhen und Schlafen <input checked="" type="checkbox"/> sich beschäftigen <input checked="" type="checkbox"/> In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen <input checked="" type="checkbox"/> Interaktion mit Personen im direkten Kontakt <input checked="" type="checkbox"/> Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes
Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen

Die versorgte Person ist zeitlich, örtlich und situativ nicht vollständig orientiert.

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

Der Tagesablauf der versorgten Person wird mit umfangreicher Hilfe der Pflegekräfte und Mitarbeiter des sozialen Dienstes gestaltet. Sie erhält regelmäßig Einzel- / Gruppenangebote.

Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) keine Auffälligkeiten

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

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

3.3 Nächtliche Versorgung

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Nächtlicher Unterstützungsbedarf

- Zwischenmahlzeit anbieten
- Sichtkontrollen

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) keine Auffälligkeiten

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

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

4.1 Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Unterstützung nach Einzug	
Einzugsdatum	06.12.2022
Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf)	17.12.2022
Anpassung der Unterstützung während der ersten 8 Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf)	Eine Anpassung der Unterstützung war nicht erforderlich.

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

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

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
Nächtliche Unruhe:
Die versorgte Person geht jede Nacht au dem Wohnbereich umher und geht teilweise in andere Bewohnerzimmer, bietet den Bewohnern teilweise verdorbene Nahrungsmittel zu essen an.
Verbale Aggression:
Es besteht ein täglich auftretendes verbal aggressives Verhalten gegenüber den Pflegekräften.
Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen:
Die versorgte Person hortet und versteckt Lebensmittel in ihrem Zimmer.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Einsatzdauer und Art der freiheitsentziehenden Maßnahmen, Begründung des Einsatzes aus der Sicht der Einrichtung
Unterbringung in einem geschützten Bereich. Eine richterliche Genehmigung bis zum 24.10.2023 liegt wegen Eigengefährdung vor.
Einwilligung oder Vorliegen/Beantragung einer richterlichen Genehmigung bzw. einer richterlichen Anordnung
Beschluss des Amtsgerichtes zur geschlossenen Unterbringung vom 04.11.2022 liegt vor.

Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

Prüfbogen A**P8****Prüfung bei der versorgten Person - Allgemeine Angaben****A. Angaben zur Prüfung**

1. Auftragsnummer	230216VS14000145-000002260
2. Datum	16.02.2023
3. Uhrzeit	12:00
4. Nummer Prüfbogen A	8

B. Angaben zur versorgten Person

1. Name	P8
2. Pflegekasse	Pronova BKK
3. Pflege-/Wohnbereich	3
4. Geburtsdatum	**.**.1950
5. Alter in Jahren	72
6. Einzugsdatum	**.01.2023
7. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Demenz bei Alzheimer Krankheit, Herzinsuffizienz, Zustand nach Myocardinfarkt, COPD, Arthrose, Zustand nach Knie-TEP beidseitig, Insulinpflichtiger Diabetes mellitus.
8. Personenbezogener Code	
9. Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
10. Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5
11. Subgruppe	<input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C

12. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person)	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
13. Vorhandene Unterlagen	Handschriftliche Pflegedokumentation	
14. Kurzzeitpflegegast	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein
Erläuterung zu 11. Subgruppe: Die versorgte Person ist keiner Subgruppe zugeordnet.		

C. Anwesende Personen

1. Name der Gutachterin oder des Gutachters	Kerber, Sabine
2. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters	M1, M2
3. Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung	Altenpflegerin/ Wohnbereichsleitung, Altenpflegerin
4. sonstige Personen (z. B. gesetzliche Betreuerin oder gesetzlicher Betreuer)	

Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

1. Beeinträchtigungen	Erläuterungen
<input type="checkbox"/> Positionswechsel im Bett	
<input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance	Die versorgte Person kann die Aktivitäten überwiegend selbstständig durchführen. Personelle Hilfe ist beim Bereitstellen von Hilfsmitteln erforderlich oder durch Beobachtung aus Sicherheitsgründen sowie gelegentliches Stützen bzw. Unterhaken. Das Stehen mit erfolgt mit festhalten.
<input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen	Die versorgte Person ist beim Treppensteigen überwiegend unselfstständig. Sie benötigt Stützung oder festen Halt durch eine Pflegeperson.

<input checked="" type="checkbox"/> Beweglichkeit der Extremitäten	Der linke Arm ist aktiv bis Schulterhöhe, der linke Arm bis Kopfhöhe anhebbar. Der Schürzengriff ist beidseitig nicht durchführbar. Es bestehen leichte Bewegungseinschränkungen in beiden Hüftgelenken.
<input type="checkbox"/> Kraft	
2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung	
Rollator	

Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

1.2 Unterstützung im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

1. Gewicht	
Gewicht aktuell (in kg)	83,0
Gewicht vor 3 Monaten (in kg)	
Gewicht vor 6 Monaten (in kg)	
Hinweise auf Gewichtsabnahme	Gewicht bei Einzug am 23.01.2023: 81,45 kg
Größe (in cm)	160,0

Aktueller BMI	32,4
Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme	<p>Die versorgte Person benötigt Impulsgaben zur Nahrungsaufnahme.</p> <p>Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme.</p>
2. Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme	
<input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde	<input type="checkbox"/> vollständige Sondernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondernährung <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus
Flüssigkeit ml/24h + Flussrate	
Zustand der Sonde, Eintrittsstelle, Verband	
<input type="checkbox"/> Subkutane Infusion <input type="checkbox"/> i.v.-Infusion <input type="checkbox"/> Hilfsmittel	

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Kontinenz	
Beeinträchtigungen der Harn- und Stuhlkontinenz	Abhängig kompensierte Harninkontinenz. Es besteht überwiegende Stuhlkontinenz.
Nutzung von	<input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter <input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten offen <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten geschlossen <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Sonstigem

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

1.4 Unterstützung bei der Körperpflege**Qualitätsaussage**

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

Informationserfassung

Körperpflege	
Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im Bereich der Körperpflege	Die versorgte Person ist beim Waschen des Rückens, der Analregion und der Füße unselbständig.

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

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

Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5

Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen aufführen)	<ul style="list-style-type: none"> - Medikamentengabe 4x täglich richten und verabreichen - Insulingabe nach Blutzuckerwert 4x täglich volle Übernahme - Blutzuckerkontrolle 3x täglich Übernahme - medizinische Einreibung 2x täglich Übernahme
Zusammenfassende Einschätzung der Selbständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen	Der Unterstützungsbedarf der versorgten Person begründet sich in den bestehenden kognitiven Einschränkungen. Die versorgte Person ist nicht mehr in der Lage für eine eigenständige Medikamentenversorgung und Einnahme zu sorgen.

2.1 Medikamentöse Therapie

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Medikamentöse Therapie	
Informationen zur medikamentösen Therapie der versorgten Person (soweit verfügbar): Medikationsplan, Hinweise auf Neben-/ Wechselwirkungen, besondere ärztliche An- bzw. Verordnungen):	<ul style="list-style-type: none"> - Regelmedikation (inkl. Nüchternmedikation) - Salbenverabreichung - Insulingaben

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) keine Auffälligkeiten

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

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

2.2 Schmerzmanagement

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

Informationserfassung

Schmerzmanagement	
Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen (einschließlich chronischer Schmerz, der aufgrund der aktuellen Schmerzmedikation abgeklungen ist)?	<input type="checkbox"/> Ja, akute Schmerzen <input checked="" type="checkbox"/> Ja, chronische Schmerzen <input type="checkbox"/> Nein
Lokalisation	Ganzkörperschmerzen
Schmerzintensität	<p>Die versorgte Person gibt an, keine Schmerzen zu haben. Es sind keine Anzeichen von Schmerzen zu beobachten.</p> <p>Nach Angabe in der Pflegedokumentation besteht eine stabile Schmersituation</p> <p>Aktuelle Schmerzmedikation: 3x eine Tablette Novaminsulfon 500 mg</p>

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

2.3 Wundversorgung

Qualitätsaussage

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

Informationserfassung

Bei der versorgten Person liegen keine Wunden vor.

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Vorgefundener medizinisch-pflegerischer Bedarf, zu dem eine ärztliche An- bzw. Verordnung vorliegt	
<input type="checkbox"/> Absaugen <input type="checkbox"/> Versorgung mit Beatmungsgerät <input type="checkbox"/> Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose <input type="checkbox"/> Versorgung von Drainagen <input type="checkbox"/> Versorgung mit einem suprapubischen Katheter <input type="checkbox"/> Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) <input type="checkbox"/> Versorgung mit Colo-/Ileo-/Uro- oder sonstigem Stoma <input type="checkbox"/> Versorgung mit einer Trachealkanüle <input type="checkbox"/> Versorgung mit einem zentralen Venenkatheter	
Besondere ärztliche Anordnungen zu den oben genannten Bedarfslagen	Bei der versorgten Person bestehen keine besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

Qualitätsaussage

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

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

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

3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte
<input checked="" type="checkbox"/> Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen <input checked="" type="checkbox"/> Ruhen und Schlafen <input checked="" type="checkbox"/> sich beschäftigen <input checked="" type="checkbox"/> In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen <input type="checkbox"/> Interaktion mit Personen im direkten Kontakt <input checked="" type="checkbox"/> Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes
Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen
Die versorgte Person ist im Besuch situativ und zeitlich nicht vollständig orientiert.
Tagesablauf und Aktivitäten im Alltag der versorgten Person (nur zu erfassen bei Personen mit beeinträchtigter Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte)
Die versorgte Person benötigt umfangreiche Hilfe bei der Tagesstrukturierung.

Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

3.3 Nächtliche Versorgung

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Nächtlicher Unterstützungsbedarf

- Zwischenmahlzeit anbieten
- Inkontinenzversorgung

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

4.1 Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Unterstützung nach Einzug	
Einzugsdatum	23.01.2023
Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf)	
Anpassung der Unterstützung während der ersten 8 Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf)	Das Integrationsgespräch ist für den 06.03.2023 geplant. Die versorgte Person gibt an, sich in der Einrichtung wohl zu fühlen.

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

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

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

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

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

Unterbringung in einem geschützten Bereich. Eine richterliche Genehmigung bis zum 02.02.2023 liegt wegen Eigengefährdung vor.

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

Das Verfahren/Verlängerung zur Unterbringung im beschützten Bereich ist nachvollziehbar eingeleitet worden und läuft aktuell noch.

Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) keine Auffälligkeiten

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

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Prüfbogen A**P9****Prüfung bei der versorgten Person - Allgemeine Angaben****A. Angaben zur Prüfung**

1. Auftragsnummer	230216VS14000145-000002260
2. Datum	16.02.2023
3. Uhrzeit	11:27
4. Nummer Prüfbogen A	9

B. Angaben zur versorgten Person

1. Name	P9	
2. Pflegekasse	TKK	
3. Pflege-/Wohnbereich	1	
4. Geburtsdatum	**.**.1957	
5. Alter in Jahren	65	
6. Einzugsdatum	**.11.2022	
7. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2, COPD, Harninkontinenz.	
8. Personenbezogener Code	168684	
9. Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein
10. Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input checked="" type="checkbox"/> Pflegegrad 2	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5
11. Subgruppe	<input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C	
12. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

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

C. Anwesende Personen

1. Name der Gutachterin oder des Gutachters	Nicole Wengler
2. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters	M1
3. Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung	Altenpflegerin
4. sonstige Personen (z. B. gesetzliche Betreuerin oder gesetzlicher Betreuer)	

Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung**1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität****Qualitätsaussage**

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

Informationserfassung

1. Beeinträchtigungen	Erläuterungen
<input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance	Die versorgte Person kann die Aktivitäten überwiegend selbstständig durchführen. Personelle Hilfe ist beim Bereitstellen von Hilfsmitteln erforderlich oder durch Beobachtung aus Sicherheitsgründen sowie gelegentliches Stützen bzw. Unterhaken. Das Gangbild ist schlurfend, kleinschrittig.
<input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen	Die versorgte Person ist beim Treppensteigen unselbstständig. Sie muss getragen oder mit Hilfsmittel transportiert werden.
2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung	
Rollator, Pflegebett, Duschstuhl.	

Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

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

Informationserfassung

1. Gewicht	
Gewicht aktuell (in kg)	79,3
Gewicht vor 3 Monaten (in kg)	80,8
Gewicht vor 6 Monaten (in kg)	77,9
Hinweise auf Gewichtsabnahme	
Größe (in cm)	176,0
Aktueller BMI	25,6
Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme	Bei der versorgten Person sind keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme vorhanden. Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme.

2. Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme

<input type="checkbox"/> Magensonde	<input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung
<input type="checkbox"/> PEG-Sonde	<input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung
<input type="checkbox"/> PEJ-Sonde	<input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich
	<input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich
	<input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe
	<input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft
	<input type="checkbox"/> Applikation per Bolus
Flüssigkeit ml/24h + Flussrate	
Zustand der Sonde, Eintrittsstelle, Verband	
<input type="checkbox"/> Subkutane Infusion	
<input type="checkbox"/> i.v.-Infusion	
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel	

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung**Qualitätsaussage**

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

Informationserfassung

Kontinenz	
Beeinträchtigungen der Harn- und Stuhlkontinenz	<input type="checkbox"/> Abhängig kompensierte Harninkontinenz
Nutzung von	<input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter <input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten offen <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten geschlossen <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Sonstigem

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) keine Auffälligkeiten

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

1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Körperpflege	
Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im Bereich der Körperpflege	Die versorgte Person ist in allen Aktivitäten überwiegend unselbstständig. Die Notwendigkeit der Körperpflege wird nicht immer eingesehen.

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5

Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen aufführen)	Medikamentengabe 3x täglich richten und bereitstellen Insulininjektionen 3x täglich verabreichen Blutzuckerkontrolle 3x täglich Übernahme Blutdruckmessung 1x monatlich Übernahme
---------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Zusammenfassende Einschätzung der Selbständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen	Der Unterstützungsbedarf erfolgt aus Sicherheitsgründen auf Wunsch der versorgten Person.
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------

2.1 Medikamentöse Therapie

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Medikamentöse Therapie	
Informationen zur medikamentösen Therapie der versorgten Person (soweit verfügbar: Medikationsplan, Hinweise auf Neben-/Wechselwirkungen, besondere ärztliche An- bzw. Verordnungen):	Regel- und Bedarfsmedikation Nüchtern Medikation Insulininjektionen nach Blutzuckerwert

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

2.2 Schmerzmanagement

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

Informationserfassung

Schmerzmanagement	
Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen (einschließlich chronischer Schmerz, der aufgrund der aktuellen Schmerzmedikation abgeklungen ist)?	<input type="checkbox"/> Ja, akute Schmerzen <input checked="" type="checkbox"/> Ja, chronische Schmerzen <input type="checkbox"/> Nein
Lokalisation	Es bestehen chronische Schmerzen im Bewegungsapparat.

Schmerzintensität	Die versorgte Person kann keine gesicherten Angaben zur Schmerzintensität machen. Derzeit ist keine regelmäßige Schmerzmedikation verordnet. Aktuelle Bedarfsmedikation: Novaminsulfon 500mg Tabletten bis 3x täglich 1 Tablette
-------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

2.3 Wundversorgung

Qualitätsaussage

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

Informationserfassung

Bei der versorgten Person liegen keine Wunden vor.

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Vorgefundener medizinisch-pflegerischer Bedarf, zu dem eine ärztliche An- bzw. Verordnung vorliegt	
<input type="checkbox"/> Absaugen <input type="checkbox"/> Versorgung mit Beatmungsgerät <input type="checkbox"/> Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose <input type="checkbox"/> Versorgung von Drainagen <input type="checkbox"/> Versorgung mit einem suprapubischen Katheter <input type="checkbox"/> Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) <input type="checkbox"/> Versorgung mit Colo-/Ileo-/Uro- oder sonstigem Stoma <input type="checkbox"/> Versorgung mit einer Trachealkanüle <input type="checkbox"/> Versorgung mit einem zentralen Venenkatheter	
Besondere ärztliche Anordnungen zu den oben genannten Bedarfslagen	Bei der versorgten Person bestehen keine besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

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

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

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

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

Informationserfassung

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

- | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> nicht eingeschränkt (auch bei Nebengeräuschen kann die versorgte Person einzelne Personen verstehen)
<input type="checkbox"/> eingeschränkt (die versorgte Person kann nur ohne Nebengeräusche einzelne Personen verstehen)
<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt (die versorgte Person kann nur sehr laute Geräusche hören, kein Sprachverständnis)
<input type="checkbox"/> Die versorgte Person ist gehörlos
<input type="checkbox"/> Beurteilung ist nicht möglich |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Genutzte Hilfsmittel

Brille

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte

- | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen
<input type="checkbox"/> Ruhen und Schlafen
<input checked="" type="checkbox"/> sich beschäftigen
<input checked="" type="checkbox"/> In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen
<input type="checkbox"/> Interaktion mit Personen im direkten Kontakt
<input type="checkbox"/> Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen

Die versorgte Person ist zeitlich und situativ nicht durchgängig orientiert.

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

Die versorgte Person benötigt bei den oben bewerteten Kriterien kontinuierliche Unterstützung.

Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

3.3 Nächtliche Versorgung

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

- | |
|---------------------------------------------------------------------|
| Nächtlicher Unterstützungsbedarf |
| Inkontinenzversorgung, Spätmahlzeit bereitstellen, Sichtkontrollen. |

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

4.1 Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

- | | |
|---------------------------|------------|
| Unterstützung nach Einzug | |
| Einzugsdatum | 22.11.2022 |

Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf)	01.01.2023
Anpassung der Unterstützung während der ersten 8 Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf)	Gemäß des Integrationsgesprächs und nach eigenen Angaben fühlt sich die versorgte Person in der Einrichtung wohl und kommt gut zurecht.

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten**Qualitätsaussage**

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

Informationserfassung**Grund, Dauer und Häufigkeit von Krankenaufenthalten in den letzten 6 Monaten**

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

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

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

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

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

Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

Prüfbogen C

Gesamtergebnis der Plausibilitätskontrolle

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

Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

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

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

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

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

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

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

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

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

Angaben zur Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte (3.2)		
<input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt	<input type="checkbox"/> kritischer Bereich

Angaben zu den kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (3.2)		
<input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt	<input type="checkbox"/> kritischer Bereich

Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

Angaben zum Heimeinzug und zur Durchführung eines Integrationsgesprächs (4.1)		
<input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt	<input type="checkbox"/> kritischer Bereich

Angaben zu Krankenhausaufenthalten (4.2)		
<input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt	<input type="checkbox"/> kritischer Bereich

Angaben zur Anwendung von Gurten (4.4)		
<input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt	<input type="checkbox"/> kritischer Bereich

Angaben zur Anwendung von Bettseitenteilen (4.4)		
<input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt	<input type="checkbox"/> kritischer Bereich

