



Münster §§112/114, Roddestraße 12, 48153 Münster

Landesverbände der Pflegekassen
co. AOK NordWest
- Pflegekasse -
Nortkirchenstr. 103-105
44263 Dortmund

Medizinischer Dienst der
Krankenversicherung
Westfalen-Lippe

Medizinischer Dienst der
Krankenversicherung
Westfalen-Lippe
Roddestraße 12
48153 Münster

Tel: 0251/5354-0
Fax: 0251/5354-299

Prüfbericht nach §§ 114 ff SGB XI

Auftragsnummer 110428VS13112063-000004363

**LWL-Pflegezentrum Gütersloh
d. Westf. Klinik f. Psychiatrie, Psychosomatik u. Neurol
Hermann-Simon-Str. 7
33334 Gütersloh**

Datum der Prüfung: 28.04.2011

Prüfer: Kiederley, Jörg
Auditor

Stefan Plogmann
Pflegefachkraft

Sabine Hoffmann
Pflegefachkraft

Prüfmaßstab

Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI)

Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und der Qualität nach §114 SGB XI (Qualitätsprüfungs-Richtlinien - QPR) vom 11.06.2009 in der Fassung vom 30.06.2009

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

Versorgungsvertrag gemäß § 72 SGB XI

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 07.März 1996 (in der Fassung vom 21.10.1996 bzw. vom 16.12.2003)

Die bislang als § 80 SGB XI eingestellte Regelung zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität durch die Vereinbarung von Grundsätzen und Maßstäben (GuM), deren Berücksichtigung Voraussetzung für den Betrieb einer Pflegeeinrichtung ist, ging mit Wirkung zum 01.07.2008 in der gesetzlichen Neufassung des § 113 SGB XI auf. Die auf Grund der Regelung des § 80 SGB XI -alte Fassung- vereinbarten GuM gelten bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung im Sinne des § 113 Abs. 2 SGB XI fort.

1. Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

1.1 Auftragsnummer:	110428VS13112063-000004363
1.2 Daten zur Pflegeeinrichtung	
a. Name	LWL-Pflegezentrum Gütersloh d. Westf. Klinik f. Psychiatrie, Psychosomatik u. Neurol
b. Straße	Hermann-Simon-Str. 7
c. PLZ/Ort	33334 Gütersloh
d. Institutskennzeichen (IK)	510572934
e. Telefon	05241/502 2635
f. Fax	05241/502 2637
g. E-Mail	anja.sambale@wkp-lwl.org
h. Internet-Adresse	www.lwl-pflegezentrum-guetersloh.de
i. Träger/Inhaber	Landschaftsverband Westfalen-Lippe, LWL-Abteilung für Krankenhäuser und Gesundheitswesen, LWL-Psychiatrie Verbund Westfalen
j. Trägerart <input type="radio"/> privat <input type="radio"/> freigemeinnützig <input checked="" type="radio"/> öffentlich <input type="radio"/> nicht zu ermitteln	
k. ggf. Verband	VKSB
l. Einrichtungsart	<input checked="" type="radio"/> Stationär <input type="radio"/> Teilstationär <input type="radio"/> Kurzzeitpflege
m. Datum Abschluss Versorgungsvertrag	29.06.2010
n. Datum Inbetriebnahme der Einrichtung	01.11.1999
o. Heimleitung Name	Frau Sambale
p. Verantw. PFK Name	Frau Sambale
q. Stellv. verantw. PFK	Frau Katthöfer
r. Heimmitwirkung	<input type="radio"/> Heimbeirat <input checked="" type="radio"/> Heimfürsprecher
s. ggf. vorhandene Zweigstellen/Filialen	.
t. Zertifizierung	<input type="radio"/> liegt vor <input checked="" type="radio"/> liegt nicht vor

Name des Ansprechpartners für DCS	Frau Weber
E-Mailadresse des Ansprechpartners für DCS	margarete.weber@lwl.org

Zu r.
Vertrauensperson

1.3 Daten zur Prüfung		
a. Auftraggeber	AOK Direktion Dortmund im Namen der Landesverbände der Pflegekassen NordWest	
Zuständiger Landesverband der Pflegekassen	<input checked="" type="radio"/> AOK <input type="radio"/> IKK <input type="radio"/> LKK <input type="radio"/> BKK <input type="radio"/> KBS <input type="radio"/> vdek	
b. Datum (TT.MM.JJJJ)	c. Uhrzeit von (SS:MM)	Uhrzeit bis (SS:MM)
28.04.2011	09:00	16:05
d. Gesprächspartner der Einrichtung	Frau Sambale	
e. Prüfende(r) Gutachter	Kiederley, Jörg Stefan Plogmann Sabine Hoffmann	
f. An der Prüfung Beteiligte	Namen:	
<input type="checkbox"/> Pflegekasse <input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger <input checked="" type="checkbox"/> Heimaufsicht <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Trägerverband <input type="checkbox"/> Sonstige: welche?	Herr Koch	

1.4 Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI		
a.	<input checked="" type="radio"/> Regelprüfung	
b.	<input type="radio"/> Anlassprüfung (Beschwerde Pflegebedürftige, Angehörige u.ä.) <input type="radio"/> Anlassprüfung (Hinweise von anderen Institutionen) <input type="radio"/> Anlassprüfung (sonstige Hinweise) <input type="radio"/> Wiederholungsprüfung	
c.	<input type="radio"/> Wiederholungsprüfung auf Antrag der Pflegeeinrichtung	
d.	<input type="checkbox"/> nächtliche Prüfung	
e. Datum der letzten Prüfung durch den MDK	05.03.2008 TT.MM.JJJJ	
f. Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen	<input checked="" type="checkbox"/> Heimaufsicht <input checked="" type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> keine Angaben <input type="checkbox"/> Prüfung nach anerkanntem Prüfverfahren	TT.MM.JJJJ 07.12.2010 10.03.2011

1.5 Von der Pflegeeinrichtung zur Prüfung vorgelegte Unterlagen?	ggf. Datum	liegt vor	liegt nicht vor	n.e.	tnz
Aufstellung über die Anzahl aller vorgehaltenen und belegten Wohnplätze sowie der versorgten Bewohner, differenziert nach Wohnbereichen und Pflegestufen mit Datum		●	○	○	
wohnbereichsbezogene Aufstellung über die Anzahl der Bewohner mit: - Wachkoma - Kontraktur - Beatmungspflicht - vollständiger - Dekubitus Immobilität - Blasenkatheter - Tracheostoma - PEG-Sonde - MRSA - Fixierung - Diabetes mellitus		●	○	○	
Versorgungsvertrag der Einrichtung / Strukturerhebungsbogen		●	○	○	
Ausbildungsnachweis der verantwortlichen Pflegefachkraft		○	○	●	
Weiterbildungsnachweis der verantwortlichen Pflegefachkraft		○	○	●	
Ausbildungsnachweis der stellv. verantwortlichen Pflegefachkraft		○	○	●	
Pflegeteilnahme Ausbildungsnachweise der pflegerischen Mitarbeiter		○	○	●	
Aufstellung aller in der Pflege und Betreuung tätigen Mitarbeiter mit Name, Berufsausbildung und Beschäftigungsumfang		○	○	●	
aktuelle Handzeichenliste		●	○	○	
Liste der von der Einrichtung vorgehaltenen Pflegehilfsmittel / Hilfsmittel		○	○	●	
Dienstpläne		●	○	○	
Pflegeleitbild		●	○	○	
Pflegekonzzept		●	○	○	
Hauswirtschaftskonzept		●	○	○	
Konzept soziale Betreuung		●	○	○	
Pflegedokumentationssystem		●	○	○	
Schriftliche Mitteilung an Landesverbände der Pflegekassen über Zusatzleistungen nach § 88 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI		○	○	○	●
Stellenbeschreibungen		●	○	○	
Nachweise über Pflegevisiten		●	○	○	○
Nachweise über Fallbesprechungen		●	○	○	○
Nachweise über Informationsweitergabe		●	○	○	
Nachweise über Dienstbesprechungen		●	○	○	
Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter		●	○	○	
Fortbildungsplan		●	○	○	
Nachweise interne Fortbildung		○	○	●	
Nachweise externe Fortbildung		○	○	●	
Nachweise zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement		●	○	○	

Organigramm		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Nachweise externes Qualitätsmanagement		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
Pflegestandards / Leitlinien / Richtlinien		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hygienestandard/-plan/-konzept		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Konzept zum Beschwerdemanagement		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Regelungen zum Umgang mit personenbezogenen Notfällen		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hauswirtschaftsbezogene Ausbildungsnachweise der hauswirtschaftlichen Mitarbeiter		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

n.e. = nicht erhoben

1.6 Art der Einrichtung und Versorgungssituation					
	Vollstationäre Pflege	Kurzzeitpflege	Teilstationäre Pflege - Tag	Teilstationäre Pflege - Nacht	ggf. Bewohner im Schwerpunkt
vorgehaltene Plätze	30	0	0	0	0
belegte Plätze	30	0	0	0	0
davon vorgehaltene Plätze nach Organisationsform					
	angegliedert	0	0	0	0
	eingestreut	4	0	0	0
	solitär	0	0	0	0

keine Kurzzeitpflege z.Z.

1.7 Struktur der Wohn- und Pflegebereiche													
Wohn-/ Pflegebereich	Bereich auf 1 Ebene	Anzahl Zimmer mit Wohnplätze				Anzahl Bewohner	davon PEA	davon nach SGB XI eingestuft in Pflegestufe					
		1	2	3	>3			keine	I	II	III	davon Härtefälle	n.n. eingestuft
WB EG	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	12	1	0	0	14	11	0	6	5	3	0	0
WB OG	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	12	2	0	0	16	8	0	2	11	3	0	0
Gesamt:						30	19	0	8	16	6	0	0

1.8 Nach Angabe der Pflegeeinrichtung Anzahl Bewohner mit:	
a. Wachkoma	0
b. Beatmungspflicht	0
c. Dekubitus	0
d. Blasenkatheter	5
e. PEG-Sonde	4
f. Fixierung	16
g. Kontraktur	5
h. vollständiger Immobilität	4
i. Tracheostoma	0
j. MRSA	1
k. Diabetes mellitus	8

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

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

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

Zu d. über die LWL Klinik

2. Zusammenfassende Beurteilung

Am 28.04.2011 wurde eine Regelprüfung nach den §§ 114 ff. SGB XI durchgeführt.

Die letzte Qualitätsprüfung durch den MDK Westfalen-Lippe fand in der Einrichtung am 05.03.2008 statt.

Die Kooperation mit den Mitarbeitern * der Einrichtung war sehr gut.

Die erforderlichen Auskünfte und Unterlagen zur Erstellung des Prüfberichtes wurden bereitwillig zur Verfügung gestellt.

Ein pflegfachlicher Schwerpunkt liegt nicht vor. Durch Fremdanbieter wird die Versorgung mit Bewohnerwäsche, Flachwäsche, Hausreinigung und Speisen- und Getränkeversorgung sichergestellt. Zusatzleistungen werden nicht angeboten.

In der Einrichtung sind derzeit insgesamt 30 Pflegeplätze belegt.

Im Rahmen der Überprüfung der Ergebnisqualität wurden insgesamt 5 Bewohner* (im Prüfbericht P 1 - P 5 genannt) mit den Pflegestufen I - III gemäß SGB XI zufällig ausgewählt, um ein Gespräch zur Zufriedenheit und eine Überprüfung des Pflegezustandes durchzuführen. Das Einverständnis der Pflegebedürftigen und ihrer Betreuer wurde zuvor eingeholt. Die entsprechenden Pflegedokumentationen wurden hinzugezogen und zusammen mit einer Pflegefachkraft der Einrichtung ausgewertet. Die im folgenden Bericht als fehlend gekennzeichneten Informationen oder Nachweise konnte die begleitende Pflegefachkraft auch auf Nachfrage nicht vorlegen.

Ein der per Zufallsstichprobe ausgewählter Bewohner in der Pflegestufe II war nicht auskunftsfähig, ein weiterer Bewohner in derselben Pflegestufe konnten zur Zufriedenheit nicht befragt werden.

Es äußerten sich die meisten zufrieden mit der Versorgung und Betreuung. Bemängelt wurde in zwei Fällen, dass die Mitarbeiter zu wenig Zeit hätten.

Der pflegerische Umgang der einzelnen Mitarbeiter mit den Bewohnern wurde als sehr umsichtig empfunden. Der Pflegezustand war bei allen Bewohner sehr gut.

Die behandlungspflegerischen Leistungen werden von der Einrichtung immer korrekt durchgeführt.

Im Rahmen der Qualitätsprüfung konnte überwiegend ein sachgerechter Umgang bei den auf den Pflegebedürftigen bezogenen Aspekten festgestellt werden. Meist wurden diese Aspekte unzureichend in den Pflegedokumentationen dargestellt. Insbesondere in den Bereichen Kontrakturgefahr, Demenz sowie Körperpflege besteht deutliches Verbesserungspotential.

Alle festgestellten Verbesserungspotentiale aus den Bereichen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sind im Einzelnen im Maßnahmenkatalog dargelegt und dort zu entnehmen.

* Die Verwendung der männlichen Form bezieht sich geschlechtsneutral sowohl auf Frauen als auch auf Männer und ist nicht diskriminierend zu verstehen.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 2 Allgemeine Angaben

Bei der Gestaltung der Wohnräume wird den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner nach Privatheit und Wohnlichkeit Rechnung getragen. Die strukturellen Anforderungen für Bewohner mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen werden erfüllt. Die Bewohner können jederzeit die Pflegeeinrichtung verlassen bzw. betreten.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 3 Aufbauorganisation Personal

Die verantwortliche Pflegefachkraft und die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft sind den Landesverbänden der Pflegekassen bekannt. Die verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt die erforderlichen Kriterien und ist nicht in der direkten Pflege tätig.

Die verantwortliche Pflegefachkraft ist gleichzeitig Einrichtungsleitung, verantwortliche Pflegefachkraft für den amb. Dienst mit ca. 90 Kunden und der Tagespflege.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 4 Ablauforganisation

Eine verbindliche Regelung für die Umsetzung von Bezugspflege liegt in der Pflegeeinrichtung vor. Die fachliche Anleitung der Pflegehilfskräfte durch Pflegefachkräfte ist gewährleistet. Geeignete Dienstpläne wurden vorgelegt. Eine kontinuierliche Pflege und Versorgung der Bewohner ist anhand der Personaleinsatzplanung gewährleistet. Die Personaleinsatzplanung orientiert sich am Pflegebedarf der Bewohner.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 6 Qualitätsmanagement

Die Aussagen der Expertenstandards des DNQP werden im Rahmen des Qualitätsmanagements berücksichtigt. Das Qualitätsmanagement wird im Sinne des PDCA-Zyklus gehandhabt. Ein bedarfsgerechter prospektiver Fortbildungsplanung liegt vor. Es werden alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter einbezogen. Die Informationsweitergabe ist sichergestellt. Schriftlich festgelegte und verbindliche Regelungen für Erste-Hilfe-Maßnahmen bei Pflegebedürftigen und Notfallregelungen liegen vor. Regelungen zum Umgang mit Beschwerden liegen vor und werden angewandt.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 8 Hygiene

Der Gesamteindruck hinsichtlich Sauberkeit und Hygiene war gut. Ein angemessenes Hygienemanagement kommt zur Anwendung. Geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen liegen vor.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 9 Verpflegung

In der Pflegeeinrichtung wird ein Speiseplan in gut lesbarer Form

veröffentlicht. Es wird ein abwechslungsreiches, vielseitiges und bedarfsgerechtes Speisenangebot gewährleistet.

Es ist gewährleistet, dass der Zeitpunkt des Essens im Rahmen bestimmter Zeitkorridore frei gewählt werden kann. Die Getränkeversorgung erfolgt angemessen und zuzahlungsfrei.

Den Bewohnern werden Speisen und Getränke in angenehmen Räumlichkeiten und entspannter Atmosphäre angeboten.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 10 Soziale Betreuung

In der Pflegeeinrichtung werden Leistungen der sozialen Betreuung angeboten. Die Angebote sind auf die Struktur und Bedürfnisse der Bewohner ausgerichtet. Die soziale Betreuung wird durch festangestellte Mitarbeiter koordiniert. Das Angebot an sozialer Betreuung ist ausreichend. Die Angebote werden den Bewohnern in geeigneter Weise zur Kenntnis gebracht. Die Eingewöhnung der Bewohner in die Pflegeeinrichtung wird systematisch begleitet. Auf der Basis eines Konzeptes wird Sterbebegleitung angeboten.

3. Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten

Maßnahmen

zur Struktur- und Prozessqualität: Keine

zur Prozess- und Ergebnisqualität:

Frage	Maßnahme	Frist
13.4	Ein erhöhtes Sturzrisiko muss geprüft und das Ergebnis dokumentiert werden, ein bestehendes individuelles Sturzrisiko muss beschrieben werden.	ab sofort bis 31.07.2011
13.11	Ein Kontrakturrisiko muss geprüft und das Ergebnis dokumentiert werden, ein bestehendes individuelles Kontrakturrisiko muss beschrieben werden.	ab sofort bis 31.07.2011
13.12	Erforderliche Maßnahmen zur Kontrakturprophylaxe müssen geplant, durchgeführt und dokumentiert werden, insbesondere Maßnahmen zur Prophylaxe wie z. B.: - Mobilisation - Bewegungsübungen (Art der Maßnahme z.B. aktiv, assistiv oder passiv, Beugen, Strecken, welches Gelenk, Häufigkeit und Wiederholungsfrequenz z.B. 3x täglich jedes Gelenk 3x) - Lagerung im Sinne einer Kontrakturenprophylaxe - ggf. Beratung der Bewohner bzw. ihrer Angehörigen hinsichtlich der Risiken und Maßnahmen	ab sofort bis 31.07.2011
14.6	Individuelle Ressourcen und Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung müssen erfasst werden, insbesondere: - die Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung, z.B. Zeichen von Flüssigkeitsmangel (plötzliche oder unerwartete Verwirrtheit, trockene Schleimhäute, konzentrierter Urin, auffällig geringe Trinkmengen - z.B. weniger als 1000 ml/Tag über mehrere Tage, erhöhter Flüssigkeitsbedarf) - die individuellen Ressourcen bei der Flüssigkeitsversorgung, wie z.B. die Vorlieben, Abneigungen und Gewohnheiten beim Trinken - muss bei Bewohnern mit vorliegendem Risiko bei der Flüssigkeitsversorgung eine tiefer gehende Einschätzung der Flüssigkeitsversorgung und der sie beeinflussenden Faktoren vorliegen	ab sofort bis 30.08.2011
14.8	Erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Flüssigkeitsversorgung müssen geplant, durchgeführt und dokumentiert werden, dabei müssen folgende Aspekte berücksichtigt werden: - individuelle Unterstützung bei der Flüssigkeitszufuhr (vgl. 9.2.e) - angepasste Gestaltung der Umgebung /soziales Umfeld - geeignetes, flexibles Angebot von Getränken sowie Darreichungsformen (z.B. Verdickungsmittel) - angepasste Hilfsmittel (keine standardmäßige Verwendung durchsichtiger Schnabelbecher)	ab sofort bis 30.08.2011

	- Information des Hausarztes und Einbeziehung weiterer Berufsgruppen bei Bedarf - der Verzicht auf eine bedarfsgerechte Flüssigkeitszufuhr, insbesondere mit invasiven Maßnahmen (PEG-Sonde) ist auf Grundlage der Ermittlung des (mutmaßlichen) Willens (z.B. Patientenverfügung, Ergebnis einer ethischen Fallbesprechung) möglich, wenn diese Entscheidung nachvollziehbar dokumentiert ist, Durst muss aber grundsätzlich gestillt werden	
14.11	Bei Bewohnern mit Ernährungssonden muss der Geschmacksinn angeregt werden.	ab sofort bis 30.08.2011
16.2	Bei Bewohnern mit Demenz muss die Biografie beachtet und bei der Tagesgestaltung berücksichtigt werden.	ab sofort bis 31.07.2011
16.3	Bei Bewohnern mit Demenz müssen Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege einbezogen werden.	ab sofort bis 31.07.2011
16.4	Bei Bewohnern mit Demenz muss die Selbstbestimmung in der Pflegeplanung berücksichtigt werden.	ab sofort bis 31.07.2011
16.5	Dem Bewohner mit Demenz müssen geeignete Angebote unterbreitet werden, z.B. zur Bewegung, Kommunikation oder zur Wahrnehmung.	ab sofort bis 31.07.2011
16.6	Das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz muss im Pflegealltag ermittelt und dokumentiert werden, entsprechende Verbesserungsmaßnahmen müssen daraus abgeleitet werden.	ab sofort bis 31.07.2011
17.2	Die erforderliche Körperpflege muss den Bedürfnissen und Gewohnheiten des Bewohners entsprechend durchgeführt werden.	ab sofort bis 30.08.2011
17.4	Die erforderliche Mund- und Zahnpflege muss den Bedürfnissen und Gewohnheiten des Bewohners entsprechend durchgeführt werden.	ab sofort bis 30.08.2011
18.1	Im Pflegeprozess muss die individuelle soziale Betreuung berücksichtigt werden, insbesondere: - müssen individuelle Bedürfnisse zur sozialen Betreuung ermittelt werden - müssen geeignete Angebote gemeinsam mit dem Bewohner geplant werden - müssen die geplanten Angebote nachvollziehbar durchgeführt werden	ab sofort bis 31.07.2011

Kiederley, Jörg

Stefan Plogmann

Sabine Hoffmann

Anlage zum Prüfbericht nach §§ 114 SGB XI

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

Inhaltsverzeichnis

Kapitel 1 Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung
Kapitel 2 Allgemeine Angaben
Kapitel 3 Aufbauorganisation Personal
Kapitel 4 Ablauforganisation
Kapitel 5 Konzeptionelle Grundlagen
Kapitel 6 Qualitätsmanagement
Kapitel 7 Pflegedokumentationssystem
Kapitel 8 Hygiene
Kapitel 9 Verpflegung
Kapitel 10 Soziale Betreuung

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

Kapitel 11 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner
Kapitel 12 Behandlungspflege
Kapitel 13 Mobilität
Kapitel 14 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung
Kapitel 15 Urininkontinenz
Kapitel 16 Umgang mit Demenz
Kapitel 17 Körperpflege
Kapitel 18 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität
Kapitel 20 Befragung der Bewohner als zusammenfassende Darstellung aller befragten Personen

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

Kapitel 2 Allgemeine Angaben

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

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

2.3 Bezüglich der strukturellen Anforderungen an die Versorgung von Bewohnern mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen trifft für die Einrichtung Folgendes zu:

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

2.4 Ist für die Bewohner bei Bedarf das jederzeitige Verlassen und Betreten der Pflegeeinrichtung gewährleistet (z.B. durch Pförtner, Vergabe von Schlüsseln, Klingel etc.)?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

Kapitel 3 Aufbauorganisation Personal

3.2 Ist die verantwortliche Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Pflegekassen bekannt?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

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

Stunden 39,0

Die verantwortliche Pflegefachkraft ist gleichzeitig Einrichtungsleitung, verantwortliche Pflegefachkraft für den amb. Dienst mit ca. 90 Kunden und der Tagespflege.

3.5 Ist die verantwortliche Pflegefachkraft in der direkten Pflege tätig?

Die verantwortliche Pflegefachkraft ist nicht in der direkten Pflege tätig.

3.6 Ist die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Pflegekassen bekannt?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

Kapitel 4 Ablauforganisation

4.1 Ist die Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

4.3 Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung grundpflegerischer Tätigkeiten von Pflegehilfskräften durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

4.5 Ist durch die Personaleinsatzplanung eine kontinuierliche Pflege- und Versorgung der Bewohner gegeben?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

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

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

Kapitel 5 Konzeptionelle Grundlagen

Kapitel 6 Qualitätsmanagement

6.3 Werden die für die stationäre Pflege relevanten Aussagen der Expertenstandards des DNQP im Rahmen des internen Qualitätsmanagements berücksichtigt oder sind konkrete Maßnahmen geplant?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

6.6 Wird das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement entsprechend dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess (im Sinne des PDCA-Zyklus) gehandhabt?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

6.8 Liegt ein bedarfsgerechter prospektiver Fortbildungsplan für alle Leistungsbereiche vor?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

6.12 Werden Methoden zur Sicherstellung der Informationsweitergabe genutzt?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

6.13 Gibt es schriftlich festgelegte und verbindliche Regelungen für Erste-Hilfe-Maßnahmen bei Bewohnern?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

6.14 Verfügt die Pflegeeinrichtung über ein Beschwerdemanagement?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

Kapitel 7 Pflegedokumentationssystem

Kapitel 8 Hygiene

8.1 (T58) Ist der Gesamteindruck der Einrichtung im Hinblick auf Sauberkeit und Hygiene gut? (z.B. optische Sauberkeit, Ordnung, Geruch)

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

8.2 Gibt es in der Pflegeeinrichtung ein angemessenes Hygienemanagement?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

8.4 Wenn in der Pflegeeinrichtung Bewohner mit MRSA wohnen: Liegen geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen vor?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

Kapitel 9 Verpflegung

9.1 (T62) Wird der Speiseplan in gut lesbarer Form bekannt gegeben?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

9.2 Wird in der Einrichtung ein abwechslungsreiches, vielseitiges und bedarfsgerechtes Speiseangebot vorgehalten?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

9.3 Zu welchen Zeiten werden die Mahlzeiten angeboten?		
a. Frühstück	08:00	10:00
	von	bis
b. Zwischenmahlzeit	10:30	11:00
	von	bis
c. Mittagessen	12:00	13:15
	von	bis
d. Zwischenmahlzeit/Kaffee	14:30	15:00
	von	bis
e. Abendessen	17:30	18:30
	von	bis
f. Spätmahlzeit	21:00	22:00
	von	bis
g. Nachtmahlzeit	00:00	00:00
	von	bis

Teeküche auf jeder Etage, Lebensmittel vorhanden

9.4 (T59) Kann der Zeitpunkt des Essens im Rahmen bestimmter Zeitkorridore frei gewählt werden?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

9.5 Findet eine angemessene Getränkeversorgung für die Bewohner zuzahlungsfrei statt?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

9.7 (T64) Werden Speisen und Getränke in für die Bewohner angenehmen Räumlichkeiten und entspannter Atmosphäre angeboten?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

Kapitel 10 Soziale Betreuung

10.1 Werden Leistungen der sozialen Betreuung angeboten?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

10.2 (T51) Sind die Angebote der sozialen Betreuung auf die Struktur und Bedürfnisse der Bewohner ausgerichtet?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

10.5 Ist das Angebot an sozialer Betreuung ausreichend?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

10.8 Wird die Eingewöhnung der Bewohner in die Pflegeeinrichtung systematisch begleitet?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

10.9 (T54) Gibt es ein Angebot zur Sterbebegleitung auf der Basis eines Konzeptes?

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

P1**Kapitel 11 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner**

11.1 Auftragsnummer:			110428VS13112063-000004363		
Datum	28.04.2011	Uhrzeit	10:03	Nummer Erhebungsbogen	P1

11.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P1
b. Pflegekasse	AOK
c. Pflege- / Wohnbereich	WB OG
d. Geburtsdatum	1931
e. Einzugsdatum	11.08.2010
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Depression, Vorhofflimmern, Herzinsuffizienz, Psoriasis, Exsikkose
g. Pflegestufe <input type="radio"/> I <input checked="" type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> Härtefall <input type="radio"/> nicht pflegebedürftig <input type="radio"/> noch nicht eingestuft	
h. Ist die Alltagskompetenz nach Angaben der Pflegeeinrichtung eingeschränkt?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
i. Ist der Bewohner mit der Feststellung des Pflegezustandes einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
j. Vorhandene Unterlagen	EDV - gestützte Dokumentation und Handordner

Zu i.

Einwilligung durch Ehefrau

11.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	Stefan Plogmann
b. Mitarbeiter Einrichtung (Funktion / Qualifikation)	Auswertung erfolgte mit WBL
c. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	

Kapitel 12 Behandlungspflege

	ja	nein	tnz
12.1 Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt (T01) nachvollziehbar?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	ja	nein	tnz
12.2 Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen (T02) Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	ja	nein	tnz
12.3 Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen (T03) Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	ja	nein	tnz
12.4 Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht? (T04)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	ja	nein	
12.5 Hat der Bewohner chronische Schmerzen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Von: <input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen			

Novalgine - Dauermedikation, Psoriasis - Schmerz

	ja	nein	tnz
12.6 Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung? (T20)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	ja	nein	tnz
12.7 Kooperiert das Pflegeheim bei Schmerzpatienten eng mit dem (T21) behandelnden Arzt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	ja	nein	tnz
12.8 Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die verordneten (T12) Medikamente?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 13 Mobilität

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

Zu a.
bei der Sporttherapie

13.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	Beschreibung
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	(inklusive Paresen, Kontrakturen) frei beweglich bis Kopfhöhe, grobe Kraft reduziert, Greiffunktion beidseits erhalten, Schulterschmerz

	beidseits
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	beidseits erhöhter Muskeltonus, geringes endgradiges Streckdefizit
c. Lageveränderung im Bett	selbstständig
d. Aufstehen	mit geringer Aufstehhilfe durch PP und Abdrücken
e. Sitzen	frei und rumpfstabil
f. Stehen	selbstständig am Rollator
g. Gehen	selbstständig mit sichernder Begleitung am Rollator

Der Bewohner verfügt über folgende Hilfsmittel im Bereich der Mobilität:

- Rollator
- Rollstuhl.

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

Vielfache Sturzereignisse

	ja	nein
13.4 (T24) Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
13.5 (T25) Werden Sturzereignisse dokumentiert?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
13.6 (T26) Werden erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13.7 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
Punkte: 18	nach: <input type="radio"/> Norton <input checked="" type="radio"/> Braden <input type="radio"/> sonstige
	von: <input type="radio"/> Gutachter erhoben <input checked="" type="radio"/> Einrichtung übernommen

14.04.2011

	ja	nein
13.8 (T06) Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

Kniegelenke beidseits, Streckdefizit bei erhöhtem Muskeltonus

	ja	nein

13.11 (T27) Wird das individuelle Kontrakturrisiko erfasst?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
--	--

Es sind keine Aussagen zum Kontrakturrisiko dokumentiert.

	ja	nein	tnz
13.12 (T28) Werden die erforderlichen Kontrakturprophylaxen durchgeführt?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Es sind keine Prophylaxen geplant.

Kapitel 14 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

14.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung	
a. Aktuelles Gewicht	82,60 kg
b. Aktuelle Größe	174 cm
c. BMI (kg/m ²)	27,28
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input checked="" type="radio"/> zugenommen <input type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input type="radio"/> kann nicht ermittelt werden
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten <input type="checkbox"/> kein Speichelsee unter der Zunge

08.03.2011

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

Mundgerechte Zubereitung, Dysphagie

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

	ja	nein
14.5 (T13) Werden individuelle Ernährungsressourcen und Risiken erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
14.6 (T16) Werden individuelle Ressourcen und Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

14.7 Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der (T14) selbständigen Nahrungsversorgung durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
---	--

	ja nein
14.9 Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der (T15) Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein
14.10 Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der (T18) Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

Kapitel 15 Urininkontinenz

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

15.2 Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

	ja nein tnz
15.3 Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter (T22) die individuellen Ressourcen und Risiken erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein tnz
15.4 Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter (T23) die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

Kapitel 16 Umgang mit Demenz

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

Kapitel 17 Körperpflege

17.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut	
b. <input checked="" type="checkbox"/> Besonderheiten	(Haare, Fuß-/Fingernägel, Zehenzwischenräume, Hautfalten, Bauchnabel) erhebliche Unterschenkelödeme mit Strumpfeinschnürungen beidseits, Psoriasis Gelenkbeugen und Kopfhaut

	ja nein tnz
17.2 Wird die erforderliche Körperpflege den Bedürfnissen und	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

(T31) Gewohnheiten des Bewohners entsprechend durchgeführt?	
--	--

Bedürfnisse und Gewohnheiten des Bewohners bei der Körperpflege sind nicht nachvollziehbar dokumentiert, z.B. Art der Rasur, Vorlieben und Gewohnheiten beim Waschen, Körperpflegemittel.

17.3 Mundzustand / Zähne	
	Beschreibung
h. <input checked="" type="checkbox"/> Sonstiges	Zunge belegt, Schleimhäute feucht

	ja	nein	tnz
17.4 Wird die erforderliche Mund- und Zahnpflege den Bedürfnissen (T32) und Gewohnheiten des Bewohners entsprechend durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 18 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

	ja	nein	tnz
18.2 Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen (T29) oder Genehmigungen vor?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
18.3 Wird die Notwendigkeit der freiheitseinschränkenden Maßnahmen (T30) regelmäßig überprüft?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
18.4 Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften (T33) durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

P2

Kapitel 11 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner

11.1 Auftragsnummer:		110428VS13112063-000004363			
Datum	28.04.2011	Uhrzeit	10:00	Nummer Erhebungsbogen	P2

11.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P2
b.	BKK Bertelsmann

Pflegekasse	
c. Pflege- / Wohnbereich	WB OG
d. Geburtsdatum	1915
e. Einzugsdatum	25.08.2010
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Alzheimer- Demenz, Dysphagie, schlaffe Hemiparese rechts, PEG, Harninkontinenz, Somnolenz
g. Pflegestufe <input type="radio"/> I <input checked="" type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> Härtefall <input type="radio"/> nicht pflegebedürftig <input type="radio"/> noch nicht eingestuft	
h. Ist die Alltagskompetenz nach Angaben der Pflegeeinrichtung eingeschränkt?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Ist der Bewohner mit der Feststellung des Pflegezustandes einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
j. Vorhandene Unterlagen	EDV - gestützte Dokumentation und Handakte

Zu i.
Einwilligung durch Sohn und Tochter

11.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	Stefan Plogmann
b. Mitarbeiter Einrichtung (Funktion / Qualifikation)	Auswertung erfolgte mit WBL
c. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	

Kapitel 12 Behandlungspflege

	ja nein tnz
12.1 Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt (T01) nachvollziehbar?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein tnz
12.2 Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen (T02) Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein tnz
12.3 Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen (T03) Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein tnz
12.4 Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

(T04)	
	ja nein
12.5 Hat der Bewohner chronische Schmerzen?	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
Von: <input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen	

Kapitel 13 Mobilität

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

Zu a.
in Linksseitenlage, Bettseitenteile hochgestellt.

13.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	Beschreibung
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	(inklusive Paresen, Kontrakturen) Einschränkung der Beweglichkeit, (bei spastischer Hemiparese rechts durch Kontraktur) im: - Schultergelenk rechts - Ellenbogengelenk rechts - Handgelenk rechts - Fingergelenk rechts. - Nackengriff rechts deutlich reduziert. - Händedruck rechts nicht durchführbar. Links passiv frei beweglich, Greiffunktion erhalten, gezielte Bewegung nicht auslösbar
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	Einschränkung der Beweglichkeit, (durch Kontraktur) im: - Hüftgelenk links und rechts - Kniegelenk links und rechts. Beidseits erhebliches Streckdefizit
c. Lageveränderung im Bett	unselbstständig, Mikropositionswechsel möglich, geringe Positionsveränderungen des Oberkörpers und der Beine möglich
d. Aufstehen	nur fallweise mit personeller Hilfe
e. Sitzen	nicht rumpfstabil im Pflegerollstuhl
f. Stehen	nicht möglich
g. Gehen	fallweise fremdbewegter Pflegerollstuhl

Der Bewohner verfügt über folgende Hilfsmittel im Bereich der Mobilität:
 - Pflegerollstuhl
 - großzelliges Anti-Dekubitussystem. WDM ADL Soft Air plus, eingestellt 130, entspricht der Betriebsanleitung

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

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

	ja	nein
13.4 (T24) Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

13.7 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?	<input checked="" type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Punkte: 9	nach:	von:
	<input type="radio"/> Norton	<input type="radio"/> Gutachter erhoben
	<input checked="" type="radio"/> Braden	<input checked="" type="radio"/> Einrichtung übernommen
	<input type="radio"/> sonstige	

15.04.2011

	ja	nein
13.8 (T06) Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
13.9 (T07) Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

	ja	nein
13.11 (T27) Wird das individuelle Kontrakturrisiko erfasst?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

" BW in ihrer Bewegung eingeschränkt durch Hemiparese rechts, Kontrakturen re. Hand "

keine Darstellung der anderen gefährdeten Gelenke

	ja	nein	tnz
13.12 (T28) Werden die erforderlichen Kontrakturprophylaxen durchgeführt?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

" Durchbewegen der Gelenke während der Grundpflege "

>> gefährdete Gelenke (insbesondere rechte Körperhälfte, Knie und Hüfte) nicht benannt, keine spezifischen Maßnahmen, keine Lagerung

Kapitel 14 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

14.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung	
a. Aktuelles Gewicht	50,00 kg
b. Aktuelle Größe	149 cm

c. BMI (kg/m ²)	22,52
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input checked="" type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input type="radio"/> kann nicht ermittelt werden
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten <input type="checkbox"/> kein Speichelsee unter der Zunge

14.2	Der Bewohner ist versorgt mit:	<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung	
a.	<input type="checkbox"/> Magensonde <input checked="" type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus
	Nahrung	1000,00 kcal/24 h
	Flüssigkeit	1000,00 ml/24 h
	Flussrate	0,00 ml/h
	Flussrate	0,00 ml/h
	(Zustand Sonde, Eintrittsstelle, Verband)	
	Einstichstelle reizlos, kein Verband, Sonde gering verfärbt	

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

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

	ja	nein
14.5 (T13)	Werden individuelle Ernährungsressourcen und Risiken erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja	nein
14.6 (T16)	Werden individuelle Ressourcen und Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
14.7 (T14)	Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Nahrungsversorgung durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	

	ja	nein	tnz
14.8 (T17)	Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	

	ja nein
14.9 Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der (T15) Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein
14.10 Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der (T18) Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
	ja nein tnz
14.11 Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn (T19) angeregt?	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

In der Pflegedokumentation sind keine Maßnahmen zur Anregung des Geschmackssinns festgelegt.

Kapitel 15 Urininkontinenz

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

15.2 Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Von:	<input checked="" type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

	ja nein tnz
15.3 Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter (T22) die individuellen Ressourcen und Risiken erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein tnz
15.4 Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter (T23) die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

Kapitel 16 Umgang mit Demenz

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

a: nur zu sehr einfachen Sachverhalten

c: situativ und zeitlich nicht orientiert

	ja nein tnz
16.2 (T36) Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Heimbewohners beachtet und bei der Tagesgestaltung berücksichtigt?	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

Die individuelle Tagesgestaltung erfolgt nicht auf der Grundlage der Biographie des Bewohners, weil relevante biographische Daten zur Tagesgestaltung nicht erhoben wurden. Befragbare Angehörige (Tochter und Sohn) vorhanden

	ja	nein	tnz
16.3 Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und (T37) Bezugspersonen in die Planung der Pflege einbezogen?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Aus der Pflegedokumentation ist nicht ersichtlich, dass Angehörige oder andere Bezugspersonen, zu denen regelmäßiger Kontakt besteht, in die Planung der Pflege und Betreuung einbezogen wurden.

	ja	nein	tnz
16.4 Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung in der (T38) Pflegeplanung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
16.5 Werden dem Bewohner mit Demenz geeignete Angebote gemacht, (T44) z.B. zur Bewegung, Kommunikation oder zur Wahrnehmung?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Den Bedürfnissen entsprechende Angebote werden nicht gemacht wie z.B.

- Einzelbetreuung
- taktile Reize
- Anregung des Geruchssinnes

audiovisuelle Anregung ansatzweise ersichtlich (Radio)

	ja	nein	tnz
16.6 Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im (T39) Pflegealltag ermittelt und dokumentiert und werden daraus Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Das Wohlbefinden des Bewohners ist im Pflegealltag nicht ermittelt und dokumentiert worden.

Kapitel 17 Körperpflege

17.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut	
b. <input checked="" type="checkbox"/> Besonderheiten	(Haare, Fuß-/Fingernägel, Zehenzwischenräume, Hautfalten, Bauchnabel) Fingernägel bei bestehenden Fingerkontrakturen rechts lang, keine Hautschäden in der Innenhand Hautdefekt bei Ekzem Innenknöchel links

	ja	nein	tnz
17.2 Wird die erforderliche Körperpflege den Bedürfnissen und (T31) Gewohnheiten des Bewohners entsprechend durchgeführt?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bedürfnisse und Gewohnheiten des Bewohners bei der Körperpflege sind nicht nachvollziehbar dokumentiert, z.B. Pflegemittel, Gewohnheiten, Rituale.

17.3 Mundzustand / Zähne
Beschreibung

g. <input checked="" type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt	wird keine Prothese getragen, Mundschluß inkomplett, Zunge trocken, Schleimhaut feucht
--	---

	ja	nein	tnz
17.4 Wird die erforderliche Mund- und Zahnpflege den Bedürfnissen (T32) und Gewohnheiten des Bewohners entsprechend durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 18 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

Die individuelle soziale Betreuung ist nicht berücksichtigt, weil die individuellen Bedürfnisse (hier: z.B. engmaschige Einzelbetreuung der immobilen Bewohnerin, angemessene Stimulation) zur sozialen Betreuung nicht ermittelt werden.

	ja	nein	tnz
18.2 Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen (T29) oder Genehmigungen vor?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
18.3 Wird die Notwendigkeit der freiheitseinschränkenden Maßnahmen (T30) regelmäßig überprüft?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
18.4 Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften (T33) durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

P3

Kapitel 11 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner

11.1 Auftragsnummer:	110428VS13112063-000004363				
Datum	28.04.2011	Uhrzeit	09:57	Nummer Erhebungsbogen	P3

11.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P3
b. Pflegekasse	BKK
c. Pflege- / Wohnbereich	WB OG
d.	1948

Geburtsdatum	
e. Einzugsdatum	18.02.2008
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Schizoaffektive Störung, depressive Störung, Harnblasenentleerungsstörung, Diabetes mellitus
g. Pflegestufe <input type="radio"/> I <input checked="" type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> Härtefall <input type="radio"/> nicht pflegebedürftig <input type="radio"/> noch nicht eingestuft	
h. Ist die Alltagskompetenz nach Angaben der Pflegeeinrichtung eingeschränkt?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Ist der Bewohner mit der Feststellung des Pflegezustandes einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
j. Vorhandene Unterlagen	EDV - gestützte Dokumentation und Handordner

Zu i.
Einwilligung durch Betreuerin

11.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	Stefan Plogmann
b. Mitarbeiter Einrichtung (Funktion / Qualifikation)	Überprüfung der Ergebnisqualität und Auswertung der Pflegedokumentation erfolgt mit Pflegefachkraft
c. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	

Kapitel 12 Behandlungspflege

	ja	nein	tnz
12.1 Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt (T01) nachvollziehbar?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
12.2 Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen (T02) Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
12.3 Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen (T03) Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
12.4 Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht? (T04)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

Kapitel 13 Mobilität

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

Zu a.
im Sessel

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

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

	ja	nein
13.4 (T24) Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
13.6 (T26) Werden erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13.7 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?	<input type="radio"/> ja	<input checked="" type="radio"/> nein
Punkte: 21	nach: <input type="radio"/> Norton <input checked="" type="radio"/> Braden <input type="radio"/> sonstige	von: <input type="radio"/> Gutachter erhoben <input checked="" type="radio"/> Einrichtung übernommen

01.01.2011, tagesaktuell übereinstimmend

	ja	nein
13.8 (T06) Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

	ja	nein
13.11 Wird das individuelle Kontrakturrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

(T27)

Kapitel 14 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

14.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung	
a. Aktuelles Gewicht	86,30 kg
b. Aktuelle Größe	163 cm
c. BMI (kg/m ²)	32,48
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input checked="" type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input type="radio"/> kann nicht ermittelt werden
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten <input type="checkbox"/> kein Speichelsee unter der Zunge

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

Schlingt in manischen Phasen

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

Mengen müssen kontrolliert werden

		ja	nein
14.5 (T13) Werden individuelle Ernährungsressourcen und Risiken erfasst?		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

		ja	nein
14.6 (T16) Werden individuelle Ressourcen und Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

		ja	nein	tnz
14.7 (T14) Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Nahrungsversorgung durchgeführt?		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		ja	nein	tnz
14.8 (T17) Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		ja	nein
14.9 Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der			

(T15) Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
14.10 Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der (T18) Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Kapitel 15 Urininkontinenz

15.1 Der Bewohner ist versorgt mit:	<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung
b. <input checked="" type="checkbox"/> Transurethralem Katheter	Zustand Katheter: unauffällig Urin: Katheterbeutel (Beinbeutel) : hängt unter Blasenniveau.

15.2 Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

	ja nein tnz
15.3 Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkathe- (T22) die individuellen Ressourcen und Risiken erfasst?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> tnz

	ja nein tnz
15.4 Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkathe- (T23) die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> tnz

Kapitel 16 Umgang mit Demenz

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

Schizoaffektive, bipolare Störung

c: situativ und zeitlich nicht sicher

	ja nein tnz
16.2 Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des (T36) Heimbewohners beachtet und bei der Tagesgestaltung berücksichtigt?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein <input type="radio"/> tnz

Die individuelle Tagesgestaltung erfolgt nicht auf der Grundlage der Biographie des Bewohners, weil relevante biographische Daten zur Tagesgestaltung nicht erhoben wurden.

	ja nein tnz
16.3 Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und (T37) Bezugspersonen in die Planung der Pflege einbezogen?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein <input type="radio"/> tnz

Aus der Pflegedokumentation ist nicht ersichtlich, dass Angehörige oder andere Bezugspersonen, zu denen regelmäßiger Kontakt besteht (Mutter), in die Planung der Pflege und Betreuung einbezogen wurden.

	ja	nein	tnz
16.4 Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung in der (T38) Pflegeplanung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
16.5 Werden dem Bewohner mit Demenz geeignete Angebote gemacht, (T44) z.B. zur Bewegung, Kommunikation oder zur Wahrnehmung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
16.6 Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im (T39) Pflegealltag ermittelt und dokumentiert und werden daraus Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Das Wohlbefinden des Bewohners ist im Pflegealltag nicht ermittelt und dokumentiert worden.

Kapitel 17 Körperpflege

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

	ja	nein	tnz
17.2 Wird die erforderliche Körperpflege den Bedürfnissen und (T31) Gewohnheiten des Bewohners entsprechend durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17.3 Mundzustand / Zähne
Beschreibung
a. <input checked="" type="checkbox"/> normal (Beschreibung nicht erforderlich)

	ja	nein	tnz
17.4 Wird die erforderliche Mund- und Zahnpflege den Bedürfnissen (T32) und Gewohnheiten des Bewohners entsprechend durchgeführt?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bedürfnisse und Gewohnheiten des Bewohners bei der Mund- und Zahnpflege sind nicht nachvollziehbar dokumentiert. In PPP nicht bearbeitet (z.B. nicht beschrieben, dass die Fähigkeiten und Eigenanteile in den manischen Phasen abweichen u.v.a.)

Kapitel 18 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

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

18.4 Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften (T33) durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
--	--

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

P4**Kapitel 11 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner**

11.1 Auftragsnummer:		110428VS13112063-000004363			
Datum	28.04.2011	Uhrzeit	11:25	Nummer Erhebungsbogen	P4

11.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P4
b. Pflegekasse	AOK
c. Pflege- / Wohnbereich	WB EG
d. Geburtsdatum	1936
e. Einzugsdatum	19.03.2008
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	paranoide Schizophrenie, Coxarthrose, COPD, LWS - Syndrom,
g. Pflegestufe <input checked="" type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> Härtefall <input type="radio"/> nicht pflegebedürftig <input type="radio"/> noch nicht eingestuft	
h. Ist die Alltagskompetenz nach Angaben der Pflegeeinrichtung eingeschränkt?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
i. Ist der Bewohner mit der Feststellung des Pflegezustandes einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
j. Vorhandene Unterlagen	EDV - gestützte Dokumentation der Einrichtung und Handordner

Zu i.
Einwilligung durch Betreuungsbüro

11.3 Anwesende Personen

a. Gutachter	Stefan Plogmann
b. Mitarbeiter Einrichtung (Funktion / Qualifikation)	Überprüfung der Ergebnisqualität und Auswertung der Pflegedokumentation mit stellvertretende PDL
c. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	

Kapitel 12 Behandlungspflege

	ja	nein	tnz
12.1 Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt (T01) nachvollziehbar?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
12.2 Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen (T02) Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
12.3 Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen (T03) Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
12.4 Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht? (T04)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

	ja	nein	tnz
12.9 Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt? (T05)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 13 Mobilität

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

Zu a.
im Tagesraum

13.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	Beschreibung
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	(inklusive Paresen, Kontrakturen) frei beweglich, Feinmotorik erhalten
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	frei beweglich

c. Lageveränderung im Bett	selbstständig
d. Aufstehen	selbstständig
e. Sitzen	frei und sicher
f. Stehen	selbstständig am Rollator
g. Gehen	selbstständig am Rollator, schneller werdend, schlurfend

Der Bewohner verfügt über folgende Hilfsmittel im Bereich der Mobilität:
- Rollstuhl.

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

Sturzereignisse in der Vorgeschichte werden berichtet

	ja nein
13.4 (T24) Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein tnz
13.5 (T25) Werden Sturzereignisse dokumentiert?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein tnz
13.6 (T26) Werden erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

13.7 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
Punkte: 27	von: <input type="radio"/> Gutachter erhoben <input checked="" type="radio"/> Einrichtung übernommen
nach: <input checked="" type="radio"/> Norton <input type="radio"/> Braden <input type="radio"/> sonstige	

13.11.2009

	ja nein
13.8 (T06) Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

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

	ja nein
13.11 (T27) Wird das individuelle Kontrakturrisiko erfasst?	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>

Es sind keine Aussagen zum Kontrakturrisiko dokumentiert.

Kapitel 14 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

14.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung	
a. Aktuelles Gewicht	71,80 kg
b. Aktuelle Größe	163 cm
c. BMI (kg/m ²)	27,02
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input checked="" type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input type="radio"/> kann nicht ermittelt werden
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten <input type="checkbox"/> kein Speichelsee unter der Zunge

19.04.2011

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

mundgerechte Zubereitung

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

	ja	nein
14.5 (T13) Werden individuelle Ernährungsressourcen und Risiken erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
14.6 (T16) Werden individuelle Ressourcen und Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Es sind keine Aussagen zu individuellen Ressourcen bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst.

	ja	nein	tnz
14.7 (T14) Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Nahrungsversorgung durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
14.9 (T15) Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
14.10 (T18) Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 15 Urininkontinenz

15.1 Der Bewohner ist versorgt mit:	<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung
c. <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenz- produkten	<input type="checkbox"/> offen <input checked="" type="checkbox"/> geschlossen Windelklebesystem
15.2 Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

Intimhygiene, Wechseln der Inkontinenzprodukte

	ja	nein	tnz
15.3 Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter (T22) die individuellen Ressourcen und Risiken erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	ja	nein	tnz
15.4 Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter (T23) die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 16 Umgang mit Demenz

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

Zu c.
situativ und zeitlich nicht sicher

Kapitel 17 Körperpflege

17.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut	
b. <input checked="" type="checkbox"/> Besonderheiten	(Haare, Fuß-/Fingernägel, Zehenzwischenräume, Hautfalten, Bauchnabel) Finger - und Fußnägel deutlich verlängert, Nikotinflecken rechter Zeigefinger
	ja nein tnz
17.2 Wird die erforderliche Körperpflege den Bedürfnissen und (T31) Gewohnheiten des Bewohners entsprechend durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
17.3 Mundzustand / Zähne	
	Beschreibung
g.	inkompletter Zahnstatus, keine eigenen Zähne, keine

<input checked="" type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt
Prothese

	ja nein tnz
17.4 Wird die erforderliche Mund- und Zahnpflege den Bedürfnissen (T32) und Gewohnheiten des Bewohners entsprechend durchgeführt?	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

Bedürfnisse und Gewohnheiten des Bewohners bei der Mund- und Zahnpflege sind nicht nachvollziehbar dokumentiert.

Kapitel 18 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

	ja nein
18.4 Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften (T33) durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

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

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

P5

Kapitel 11 Allgemeine Angaben zu dem Bewohner

11.1 Auftragsnummer:	110428VS13112063-000004363				
Datum	28.04.2011	Uhrzeit	13:15	Nummer Erhebungsbogen	P5

11.2 Angaben zum Bewohner	
a. Name	P5
b. Pflegekasse	TK
c. Pflege- / Wohnbereich	WB EG
d. Geburtsdatum	1922
e. Einzugsdatum	12.03.2008

f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Demenz, Beckenringfraktur links,
g. Pflegestufe <input type="radio"/> I <input type="radio"/> Härtefall	<input checked="" type="radio"/> II <input type="radio"/> nicht pflegebedürftig
h. Ist die Alltagskompetenz nach Angaben der Pflegeeinrichtung eingeschränkt?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Ist der Bewohner mit der Feststellung des Pflegezustandes einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
j. Vorhandene Unterlagen	EDV gestützte Pflegedokumentation

Zu i.
Tochter als gesetzliche Betreuerin

11.3 Anwesende Personen	
a. Gutachter	Jörg Kiederley Sabine Hoffmann
b. Mitarbeiter Einrichtung (Funktion / Qualifikation)	Überprüfung der Ergebnisqualität und Auswertung der Pflegedokumentation mit stellvertr. PDL
c. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	.

Kapitel 12 Behandlungspflege

	ja	nein	tnz
12.1 Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt (T01) nachvollziehbar?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
12.2 Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen (T02) Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
12.3 Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen (T03) Anordnungen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
12.4 Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht? (T04)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

Von: Gutachter beurteilt
 Einrichtung übernommen

Kapitel 13 Mobilität

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

Zu a.

li. Seite, Seitengitter beids hochgestellt.

13.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	Beschreibung
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	(inklusive Paresen, Kontrakturen) Beide Arme endgradig streckbar, spannt beidseits an. Nackengriff beids durchführbar.
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	Beide Beine endgradig streckbar, spannt an.
c. Lageveränderung im Bett	Nur mit personeller Hilfe. Weichlagerungsmatratze
d. Aufstehen	Nur mit personeller Hilfe.
e. Sitzen	im Rollstuhl
f. Stehen	kurz mit Hilfe von 2 Pflegekräften, sonst Abwehrverhalten
g. Gehen	im Rollstuhl durch Pflegeperson. Dekubituskissen für den Rollstuhl.

Der Bewohner verfügt über folgende Hilfsmittel im Bereich der Mobilität:

- Rollstuhl
- Weichlagerungssystem
- Gelkissen für den Rollstuhl

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

im gemeinsamen Konsens kein Sturzrisiko

13.4 (T24) Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?	ja <input type="radio"/> nein <input checked="" type="radio"/>
--	--

letztmalig am 09.03.2011, Risiko festgestellt. Mangels fehlender Eigenaktivität aber kein Risiko

13.7 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Punkte: 14	nach: <input type="radio"/> Norton <input checked="" type="radio"/> Braden <input type="radio"/> sonstige
	von: <input type="radio"/> Gutachter erhoben <input checked="" type="radio"/> Einrichtung übernommen

09.03.2011

	ja nein
13.8 (T06) Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja nein tnz
13.9 (T07) Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

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

	ja nein
13.11 (T27) Wird das individuelle Kontrakturrisiko erfasst?	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>

Bei bestehendem Kontrakturrisiko fehlt
- die Benennung der gefährdeten Gelenke.
"Kontrakturrisiko durch starke Anspannung."

	ja nein tnz
13.12 (T28) Werden die erforderlichen Kontrakturprophylaxen durchgeführt?	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

Es sind keine Prophylaxen geplant.

Kapitel 14 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

14.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung	
a. Aktuelles Gewicht	65,40 kg
b. Aktuelle Größe	157 cm
c. BMI (kg/m ²)	26,53
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input checked="" type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input type="radio"/> kann nicht ermittelt werden
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten <input type="checkbox"/> kein Speichelsee unter der Zunge

Zu a.
19.04.11

14.2 Der Bewohner ist versorgt mit:	<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung
b. <input checked="" type="checkbox"/> Subkutaner	500 - 1000 ml NaCl s.c bei zu geringer Trinkmenge

Infusion	
----------	--

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

Essen reichen

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

Flüssigkeiten reichen,

14.5 (T13) Werden individuelle Ernährungsressourcen und Risiken erfasst?	ja nein
	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

14.6 (T16) Werden individuelle Ressourcen und Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?	ja nein
	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

14.7 (T14) Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Nahrungsversorgung durchgeführt?	ja nein tnz
	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

14.8 (T17) Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?	ja nein tnz
	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

In der gesamten Dokumentation ist nicht aufgeführt, ab welcher Trinkmenge die angeordnete Infusionslösung verabreicht wird. Trinkplan wird geführt.

Auch aus der ärztlichen Anordnung geht nicht hervor, ab wann die Infusionen verabreicht werden sollen.

14.9 (T15) Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?	ja nein
	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

14.10 (T18) Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?	ja nein
	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

Kapitel 15 Urininkontinenz

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

15.2 Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz?	<input checked="" type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt	<input checked="" type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

Wechseln der Inkontinenzprodukte

	ja	nein	tnz
15.3 Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter (T22) die individuellen Ressourcen und Risiken erfasst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
15.4 Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter (T23) die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 16 Umgang mit Demenz

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

c. Der Heimbewohner

- ist zeitlich desorientiert
- ist örtlich desorientiert
- kann Handlungsaufforderungen nicht adäquat umsetzen.

	ja	nein	tnz
16.2 Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Heimbewohners beachtet und bei der Tagesgestaltung berücksichtigt? (T36)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Die individuelle Tagesgestaltung erfolgt nicht auf der Grundlage der Biographie des Bewohners, weil relevante biographische Daten wie zum Beispiel Hobby etc. ist zur Tagesgestaltung nicht erhoben wurden.

	ja	nein	tnz
16.3 Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und (T37) Bezugspersonen in die Planung der Pflege einbezogen?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Aus der Pflegedokumentation ist nicht ersichtlich, dass Angehörige oder andere Bezugspersonen, zu denen regelmäßiger Kontakt besteht, in die Planung der Pflege und Betreuung einbezogen wurden.

	ja	nein	tnz
16.4 Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung in der (T38) Pflegeplanung berücksichtigt?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Die Selbstbestimmung des dementiell erkrankten Bewohners/der dementiell erkrankten Bewohnerin wird in der Pflegeplanung nicht berücksichtigt, weil

- Ergebnisse aus Beobachtungen des Bewohners nicht berücksichtigt wurden, z.B. Bei der

Überprüfung der Ergebnisqualität reagierte sie bei bekannter Unruhe positiv auf Hautkontakt. Keine Aussage in der Pflegeprozessplanung.

	ja	nein	tnz
16.5 Werden dem Bewohner mit Demenz geeignete Angebote gemacht, (T44) z.B. zur Bewegung, Kommunikation oder zur Wahrnehmung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
16.6 Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im (T39) Pflegealltag ermittelt und dokumentiert und werden daraus Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapitel 17 Körperpflege

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

	ja	nein	tnz
17.2 Wird die erforderliche Körperpflege den Bedürfnissen und (T31) Gewohnheiten des Bewohners entsprechend durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17.3 Mundzustand / Zähne	
	Beschreibung
g. <input checked="" type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt	keine Zahnprothese

	ja	nein	tnz
17.4 Wird die erforderliche Mund- und Zahnpflege den Bedürfnissen (T32) und Gewohnheiten des Bewohners entsprechend durchgeführt?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bedürfnisse und Gewohnheiten des Bewohners bei der Mund- und Zahnpflege sind nicht nachvollziehbar dokumentiert.

Keine Maßnahme für die Zahnpflege/Mundpflege aufgeführt

Kapitel 18 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

	ja	nein	tnz
18.2 Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen (T29) oder Genehmigungen vor?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
18.3 Wird die Notwendigkeit der freiheitseinschränkenden Maßnahmen (T30) regelmäßig überprüft?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
18.4 Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

(T33) durchgeführt?	
----------------------------	--

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

Kapitel 20 Befragung der Bewohner als zusammenfassende Darstellung aller befragten Personen

20.3 (T72) Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?

Die Frage traf für 4 von 4 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer	3 Bewohner
häufig	1 Bewohner

20.4 (T73) Nehmen sich die Pflegenden ausreichend Zeit für Sie?

Die Frage traf für 4 von 4 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer	2 Bewohner
häufig	2 Bewohner

20.5 (T65) Wird mit Ihnen der Zeitpunkt von Pflege- und Betreuungsmaßnahmen abgestimmt?

Die Frage traf für 4 von 4 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer	4 Bewohner
-------	------------

20.6 (T66) Entscheiden Sie, ob Ihre Zimmertür offen oder geschlossen gehalten wird?

Die Frage traf für 4 von 4 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer	3 Bewohner
keine Angaben	1 Bewohner

20.7 (T67) Werden Sie von den Mitarbeitern motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen?

Die Frage traf für 3 von 4 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer	3 Bewohner
-------	------------

20.8 (T68) Sorgen die Mitarbeiter dafür, dass Ihnen z.B. beim Waschen außer der Pflegekraft niemand zusehen kann?

Die Frage traf für 4 von 4 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer	3 Bewohner
keine Angaben	1 Bewohner

20.9 (T74) Fragen die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?

Die Frage traf für 4 von 4 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer	3 Bewohner
keine Angaben	1 Bewohner

20.10 (T75) Schmeckt Ihnen das Essen i.d.R.?

Die Frage traf für 3 von 4 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer	2 Bewohner
häufig	1 Bewohner

20.11 (T71) Können Sie beim Mittagessen zwischen verschiedenen Gerichten auswählen?

Die Frage traf für 3 von 4 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

ja	1 Bewohner
nein	2 Bewohner

20.12 (T76) Sind Sie mit den Essenszeiten zufrieden?

Die Frage traf für 3 von 4 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer	3 Bewohner
-------	------------

20.13 (T77) Bekommen Sie Ihrer Meinung nach jederzeit ausreichend zuzahlungsfrei zu trinken angeboten?

Die Frage traf für 3 von 4 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer	3 Bewohner
-------	------------

20.14 (T78) Entsprechen die sozialen und kulturellen Angebote Ihren Interessen?

Die Frage traf für 4 von 4 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer	2 Bewohner
häufig	1 Bewohner
keine Angaben	1 Bewohner

20.15 (T79) Wird Ihnen die Teilnahme an Beschäftigungsangeboten ermöglicht?

Die Frage traf für 4 von 4 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer	3 Bewohner
keine Angaben	1 Bewohner

20.16 (T80) Werden Ihnen Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien angeboten?

Die Frage traf für 4 von 4 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer	3 Bewohner
keine Angaben	1 Bewohner

20.17 (T81) Können Sie jederzeit Besuch empfangen?

Die Frage traf für 4 von 4 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer	4 Bewohner
-------	------------

20.18 (T70) Entspricht die Hausreinigung Ihren Erwartungen?

Die Frage traf für 4 von 4 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer	3 Bewohner
keine Angaben	1 Bewohner

20.19 (T82) Erhalten Sie die zum Waschen abgegebene Wäsche zeitnah, vollständig und in einwandfreiem Zustand aus der Wäscherei zurück?

Die Frage traf für 4 von 4 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

immer	3 Bewohner
keine Angaben	1 Bewohner

20.20 (T69) Hat sich für Sie etwas zum Positiven geändert, wenn Sie sich beschwert haben?

Die Frage traf für 0 von 4 in die Prüfung einbezogene Bewohner zu.

Zusatzinfos

Kapitel 12: Behandlungspflege

Prüfrage			Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu. x / y	Kriterium nicht erfüllt bei	
Katalog-Index	Wertigkeit	Wortlaut		Anzahl der Bewohner	Nummern der Bewohner
12.02	M/B/T02	Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?	5/5	0	
12.03	M/B/T03	Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen?	5/5	0	
12.04	M/B/T04	Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?	5/5	0	
12.09	M/B/T05	Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?	1/5	0	
12.14	M/B/T10	Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?	0/5	0	
12.15	M/B/T09	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)?	0/5	0	
12.16	M/B/T11	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z.B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?	0/5	0	
12.01	M/B/T01	Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?	5/5	0	
12.06	M/B/T20	Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?	1/5	0	
12.07	M/B/T21	Kooperiert das Pflegeheim bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?	1/5	0	
12.08	M/B/T12	Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die verordneten Medikamente?	1/5	0	
12.10	M/B	Ist der Umgang mit Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht?	0/5	0	
12.13	M/B/T08	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus nachvollziehbar?	0/5	0	

Kapitel 13: Mobilität

Prüfrage			Frage traf für x von y	Kriterium nicht erfüllt bei	
Katalog-Index	Wertigkeit	Wortlaut		Anzahl	Nummern der

Index	keit		in die Prüfung einbezogene Personen zu. x / y	der Bewohn er	Bewohner
13.04	M/B/T24	Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?	5/5	1	P5
13.06	M/B/T26	Werden erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?	3/5	0	
13.08	M/B/T06	Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?	5/5	0	
13.09	M/B/T07	Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?	2/5	0	
13.11	M/B/T27	Wird das individuelle Kontrakturrisiko erfasst?	5/5	4	P1, P2, P4, P5
13.12	M/B/T28	Werden die erforderlichen Kontrakturprophylaxen durchgeführt?	3/5	3	P1, P2, P5
13.05	M/B/T25	Werden Sturzereignisse dokumentiert?	2/5	0	

Kapitel 14: Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

		Prüfrage	Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu. x / y	Kriterium nicht erfüllt bei	
Katalog- Index	Wertig- keit	Wortlaut		Anzahl der Bewohn er	Nummern der Bewohner
14.05	M/B/T13	Werden individuelle Ernährungsressourcen und Risiken erfasst?	5/5	0	
14.06	M/B/T16	Werden individuelle Ressourcen und Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?	5/5	1	P4
14.07	M/B/T14	Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Nahrungsversorgung durchgeführt?	5/5	0	
14.08	M/B/T17	Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?	3/5	1	P5
14.09	M/B/T15	Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?	5/5	0	
14.10	M/B/T18	Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?	5/5	0	
14.11	M/B/T19	Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt?	1/5	1	P2

Kapitel 15: Urininkontinenz

		Prüfrage	Frage traf für	Kriterium nicht erfüllt bei	

Katalog-Index	Wertigkeit	Wortlaut	x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu. x / y	Anzahl der Bewohner	Nummern der Bewohner
15.03	M/B/T22	Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die individuellen Ressourcen und Risiken erfasst?	5/5	0	
15.04	M/B/T23	Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?	5/5	0	

Kapitel 16: Umgang mit Demenz

Prüfrage			Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu. x / y	Kriterium nicht erfüllt bei	
Katalog-Index	Wertigkeit	Wortlaut		Anzahl der Bewohner	Nummern der Bewohner
16.02	M/B/T36	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Heimbewohners beachtet und bei der Tagesgestaltung berücksichtigt?	3/5	3	P2, P3, P5
16.03	M/B/T37	Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege einbezogen?	3/5	3	P2, P3, P5
16.04	M/B/T38	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung in der Pflegeplanung berücksichtigt?	3/5	1	P5
16.05	M/B/T44	Werden dem Bewohner mit Demenz geeignete Angebote gemacht, z.B. zur Bewegung, Kommunikation oder zur Wahrnehmung?	3/5	1	P2
16.06	M/B/T39	Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag ermittelt und dokumentiert und werden daraus Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	3/5	2	P2, P3

Kapitel 17: Körperpflege

Prüfrage			Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu.	Kriterium nicht erfüllt bei	
Katalog-Index	Wertigkeit	Wortlaut		Anzahl der Bewohner	Nummern der Bewohner

			x / y		
17.02	M/B/T31	Wird die erforderliche Körperpflege den Bedürfnissen und Gewohnheiten des Bewohners entsprechend durchgeführt?	5/5	2	P1, P2
17.04	M/B/T32	Wird die erforderliche Mund- und Zahnpflege den Bedürfnissen und Gewohnheiten des Bewohners entsprechend durchgeführt?	5/5	3	P3, P4, P5

Kapitel 18: Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

Prüffrage			Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu. x / y	Kriterium nicht erfüllt bei	
Katalog-Index	Wertigkeit	Wortlaut		Anzahl der Bewohner	Nummern der Bewohner
18.02	M/B/T29	Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?	3/5	0	
18.01	M/B	Wird beim Pflegeprozess die individuelle soziale Betreuung berücksichtigt?	5/5	1	P2
18.03	M/B/T30	Wird die Notwendigkeit der freiheitseinschränkenden Maßnahmen regelmäßig überprüft?	3/5	0	
18.04	M/B/T33	Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt?	5/5	0	
18.05	M/B	Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	5/5	0	
18.06	M/B	Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden?	1/5	0	