

INTEGRA Seniorenpflegezentrum Euskirchen  
Alte Gerberstr. 1  
53879 Euskirchen

**Qualitätsprüfung Pflege nach §§ 114 ff. SGB XI Prüfung vom: 19.07.2023**  
**Einrichtung: INTEGRA Seniorenpflegezentrum Euskirchen**  
**IK-Nummer: 512533268**  
**Auftragsnummer: 230719VS14000145-000004023**

Sehr geehrte Damen und Herren,

in Ihrer Einrichtung wurde am 19.07.2023 durch Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes Nordrhein eine Qualitätsprüfung durchgeführt. Als Anlage erhalten Sie den Prüfbericht.

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

Freundliche Grüße

Ihr Medizinischer Dienst Nordrhein

Medizinischer Dienst  
Nordrhein

Berliner Allee 52  
40212 Düsseldorf

Telefon: 0211 1382-0

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

Vorstandsvorsitzender:  
Andreas Hustadt

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

IK = 190 500 038

**Datum:**  
24.07.2023

**Abteilung:**  
Team Qualitätsprüfung  
Auftragsmanagement

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

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

INTEGRA Seniorenpflegezentrum Euskirchen	Medizinischer Dienst Nordrhein
Alte Gerberstr. 1	Team Qualitätsprüfung
53879 Euskirchen	Berliner Allee 52
IK-Nummer: 512533268	40212 Düsseldorf
Prüfung am:	Gutachter:
19.07.2023	Pickartz, Katharina
	Fischer, Carolin
Gutachtendatum	Münch-Scheffler, Susanne
24.07.2023	
Gutachten-Nr.:	230712-14-000004023
Auftrags-Nr.:	230719VS14000145-000004023

## Prüfmaßstab

Sozialgesetzbuch 11. Buch (SGB XI)

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

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

Der aktuelle Stand des Wissens

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

Versorgungsvertrag gemäß § 72 SGB XI

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

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

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

## 1. Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

### D. Angaben zur Einrichtung

1.	Auftragsnummer	230719VS14000145-000004023
2.	Name	INTEGRA Seniorenpflegezentrum Euskirchen
3.	Straße	Alte Gerberstr. 1
4.	PLZ/Ort	53879 Euskirchen
5.	Institutionskennzeichen (IK)	1 . 512533268
6.	Telefon	+49 225177410
7.	Fax	+49 22517741347
8.	E-Mail	euskirchen@integra-sw.de
9.	Internet-Adresse	www.integra-seniorenimmobilie.de
10.	Träger/Inhaber	INTEGRA Seniorenpflegezentrum Euskirchen GmbH, Rolandsbrücke 4, 20095 Hamburg
11.	Trägerart	<input checked="" type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> freigemeinnützig <input type="checkbox"/> öffentlich <input type="checkbox"/> nicht zu ermitteln
12.	ggf. Verband	bpa - Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.
13.	Einrichtungsart	<input checked="" type="checkbox"/> vollstationär <input type="checkbox"/> solitäre Kurzzeitpflege
14.	Datum Abschluss Versorgungsvertrag	01.03.2015
15.	Datum Inbetriebnahme der stationären Pflegeeinrichtung	01.03.2015
16.	Name der Einrichtungsleitung	Doreen Dulinski
17.	Name der verantwortlichen Pflegefachkraft	Diana Schmitz
18.	Name der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft	Lisa Kaesmacher
19.	ggf. vorhandene Zweigstellen	
20.	Name der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS*	Doreen Dulinski
21.	E-Mail der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS*	Dulinski@integra-sw.de
22.	Zusatzfeld DAS-Kennzeichen	110984

\*Datenclearingstelle

E-Mail für die zukünftige Anmeldung der Qualitätsprüfungen: euskirchen@integra-sw.de

**E. Angaben zur Prüfung**

1.	Auftraggeber/zuständiger Landesverband der Pflegekassen	<input type="checkbox"/> AOK <input type="checkbox"/> BKK <input checked="" type="checkbox"/> IKK	<input type="checkbox"/> KNAPPSCHAFT <input type="checkbox"/> LKK <input type="checkbox"/> vdek
2.	Prüfung durch	<input checked="" type="checkbox"/> Medizinischer Dienst	<input type="checkbox"/> PKV-Prüfdienst
3.	Datum	von: 19.07.2023	bis: 19.07.2023
4.	Uhrzeit 1. Tag	von: 09:00 Uhr	bis: 15:35 Uhr
5.	Gesprächspartnerin oder Gesprächspartner der stationären Pflegeeinrichtung	1 . Claudia Römer 2 . Lisa Kaesmacher 3 . Diana Schmitz 4 . Katharina Socha	
6.	Prüferin oder Prüfer	1 . Pickartz, Katharina 2 . Fischer, Carolin 3 . Münch-Scheffler, Susanne	
7.	An der Prüfung Beteiligte	Namen	
	<input type="checkbox"/> Pflegekasse		
	<input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger		
	<input type="checkbox"/> nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde		
	<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt		
	<input type="checkbox"/> Trägerverband		
	<input checked="" type="checkbox"/> Sonstige: welche?	Claudia Römer Zentrales Qualitätsmanagement	

**F. Prüfauftrag nach § 114 SGB XI**

1.	<input checked="" type="checkbox"/> Regelprüfung
2.	<input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Beschwerde durch versorgte Person, Angehörige o. ä.) <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Hinweise von anderen Institutionen) <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (sonstige Hinweise)
3.	<input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung nach Regelprüfung <input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung nach Anlassprüfung
4.	<input type="checkbox"/> nächtliche Prüfung

5.	Datum der letzten Prüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI	06.07.2022
6.	Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen	Datum
	<input checked="" type="checkbox"/> nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde	07.07.2022
	<input checked="" type="checkbox"/> Gesundheitsamt	16.11.2022
	<input checked="" type="checkbox"/> Sonstige	27.01.2023
	<input type="checkbox"/> keine Angaben	

zu 5.: Prüfung am 06.07.2022 bis 07.07.2022  
sonstige: Berufsgenossenschaft

### G. Art der Einrichtung und Versorgungssituation

	Vollstationäre Pflege		Kurzzeitpflege
vorgehaltene Plätze	80		0
	vollstationäre Pflege (Langzeit):	eingestreuete Kurzzeitpflege:	
belegte Plätze	79	8	0

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

Wohn-/Pflegebereich	Bereich auf einer Ebene	Anzahl versorgte Personen	davon nach SGB XI eingestuft in Pflegegrad					
			kein Pflegegrad	1	2	3	4	5
1	Ja	26		0	1	11	11	3
2	Ja	27		0	4	10	8	5
3	Ja	26		0	5	8	9	4
Summe		79	0	0	10	29	28	12

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

1.	Wachkoma	0
2.	Beatmungspflicht	0
3.	Dekubitus	2
4.	Blasenkatheter	3
5.	PEG-Sonde	1

6.	Fixierung	1
7.	Kontraktur	3
8.	vollständiger Immobilität	0
9.	Tracheostoma	0
10.	multiresistenten Erregern	0

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

Funktion/Qualifikation	Vollzeit 40,0 (Std./Woche)	Teilzeit		Geringfügig Beschäftigte		Gesamt- stellen in Vollzeit
	Anzahl MA	Anzahl MA	Stellen- umfang (Std./Woche)	Anzahl MA	Stellen- umfang (Std./Woche)	
<b>Pflege</b>						
verantwortliche Pflegefachkraft	1,0					1,0
stellv. verantwortliche Pflegefachkraft	1,0					1,0
Altenpfleger/in	8,0	1,0	35,0			11,6
		1,0	34,0			
		1,0	30,0			
		1,0	25,0			
		1,0	20,0			
Altenpflegehelfer/in		1,0	20,0	1,0	5,47	0,91
				2,0	5,43	
angelernte Kräfte	4,0	1,0	36,0	1,0	6,46	18,17
		1,0	35,0	1,0	7,51	
		4,0	34,0			
		3,0	32,0			
		7,0	30,0			
		2,0	20,0			
Auszubildende	4,0					4,0
<b>Betreuung</b>						
Sozialarbeiter/in		1,0	34,0			0,85
Sonstige	1,0					1,0

Funktion/Qualifikation	Vollzeit 40,0 <small>(Std./Woche)</small>	Teilzeit		Geringfügig Beschäftigte		Gesamt- stellen in Vollzeit
	Anzahl MA	Anzahl MA	Stellen- umfang <small>(Std./Woche)</small>	Anzahl MA	Stellen- umfang <small>(Std./Woche)</small>	
zusätzliche Betreuungskräfte nach § 43b SGB XI		1,0	30,0			4,0
		2,0	25,0			
		4,0	20,0			
<b>Hauswirtschaftliche Versorgung</b>						

## 2. Allgemeine Informationen zur Prüfung

Am 19.07.2023 wird in der Pflegeeinrichtung eine Regelprüfung nach § 114a SGB XI durchgeführt.

Im Einführungsgespräch werden den Einrichtungsvertretenden das Aufgabenverständnis, die Vorgehensweise und der voraussichtlich erforderliche Zeitaufwand für die Prüfung vermittelt. Es wird auf den beratungsorientierten Prüfansatz verwiesen. Ferner werden die Einrichtungsvertretenden über die Online-Kundenbefragung zur Qualitätsprüfung informiert.

Zu Beginn des Prüftages wird die Vertretung der Heimmitwirkung über die Qualitätsprüfung informiert.

Alle erforderlichen Daten werden erhoben. Die Erhebung und Bewertung der einzelnen Qualitätsaspekte im Bereich der Ergebnisqualität erfolgt durch die Besuche bei und den Gesprächen mit den versorgten Personen, durch Fachgespräche mit den anwesenden Einrichtungsvertretenden und durch die Sichtung der jeweiligen Pflegedokumentationen und weiterer Unterlagen. Die Namen aller an der Prüfung beteiligten Einrichtungsvertretenden sind im Prüfbogen B unter der Frage E5 benannt.

Insofern für die Bewertung einzelner Qualitätsaspekte dokumentierte Aussagen notwendig sind, werden die Einrichtungsvertretenden gebeten, die Dokumente mit den erforderlichen Inhalten jeweils vorzulegen. Das Prüfteam des Medizinischen Dienstes Nordrhein hat die Einrichtungsvertretenden darüber informiert, dass die Einrichtung bis zur Beendigung der Prüfung mit dem Abschlussgespräch Gelegenheit erhält, die erforderlichen Dokumente vorzulegen. Nach Angaben der anwesenden Einrichtungsvertretenden liegen keine weiteren Unterlagen zu den erhobenen Fragen in der Einrichtung vor.

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

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

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

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

Anzahl der Bewohner, die keiner Subgruppe zugeordnet waren: 4

Eine personenbezogene Plausibilitätskontrolle erfolgte bei 4 der in die Qualitätsprüfung einbezogenen Personen.

Die Stichprobenziehung erfolgt entsprechend der Regelung (Ziffern 9.1 und 9.2 QPR).

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

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

Die bedarfsübergreifenden fachlichen Anforderungen werden hinsichtlich der biografieorientierten Unterstützung, der Einhaltung von Hygieneanforderungen, der Hilfsmittelversorgung erfüllt.

Nicht erfüllt werden die bedarfsübergreifenden fachlichen Anforderungen in Bezug auf die Abwehr von Risiken und Gefährdungen, den Schutz von Persönlichkeitsrechten und der Unversehrtheit.

Bei der Plausibilitätskontrolle des Erhebungsreports werden keine Auffälligkeiten festgestellt.

Die Plausibilitätskontrolle bei den versorgten Personen hat keine Auffälligkeiten.

Den Einrichtungsvertretenden wird im Abschlussgespräch mitgeteilt, dass es bei der Durchführung der Medikamentösen Therapie keine erkennbare pflegfachliche, medizinische oder pharmazeutische Notwendigkeit gibt, Tabletten über einen das notwendige Maß hinausgehenden Zeitraum in geteilter Form vorzubereiten und in einem nicht luft- und feuchtigkeitsdichten Behältnis aufzubewahren. Das Risiko des Stabilitätsverlustes und weitere Risiken werden zumindest dann vermindert, wenn geteilte Tabletten nicht unnötig über einen längeren Zeitraum in geteiltem Zustand gelagert werden.

Das Teilen von Tabletten sollte nur bei vorliegender medizinischer Indikation und pharmazeutisch möglicher Teilbarkeit vorgenommen werden, die Teilung möglichst unmittelbar vor Einnahme erfolgen. Die Lagerung und die Verwendung des übrig gebliebenen Anteils der Tablette, insbesondere im Hinblick auf die Wirkstoffstabilität, sind dabei sehr kritisch zu sehen.

In dem bei dieser Qualitätsprüfung festgestelltem Fall wird von den Prüfenden vorausgesetzt, dass die Teilung der Tabletten medizinisch notwendig und pharmazeutisch verantwortbar ist und zu dieser ärztlichen Therapie die erforderliche Aufklärung der versorgten oder der vertretungsberechtigten Person erfolgte sowie deren Einwilligung dazu gegeben wurde.

Der Gesetzgeber hat mit der Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) hohe Qualitätsanforderungen an das Teilen von Tabletten gestellt. Die ApBetrO hat allerdings keine unmittelbare Verbindlichkeit für die Pflegeeinrichtungen. Das impliziert aber nicht, dass die Maßnahmen, die im Sinne der Arzneimittel- und Patientensicherheit nur dann beachtenswert sind, wenn das Teilen von Tabletten durch die Apotheken vorgenommen wird und mit Übergang des Medikaments in den Verantwortungsbereich der Einrichtung bedeutungslos sind.

Da die Überwachung der Arzneimittelsicherheit in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich geregelt ist und es keine bundeseinheitlichen und für stationäre Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlichen Vorgaben zum Teilen von Tabletten und Aufbewahren geteilter Tabletten gibt, wird der Aspekt der Vorratshaltung geteilter Tabletten bei der Qualitätsbewertung nicht berücksichtigt. Damit soll eine bundesweit einheitliche Bewertung des Qualitätsaspektes sichergestellt werden. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass mit dieser Bewertung nicht festgestellt wird, dass die Vorgehensweise in der Einrichtung pharmazeutisch unbedenklich ist und keine Risiken für die versorgte Person vorliegen.

Die Einrichtungsvertretenden werden beraten, bezüglich des dargestellten Sachverhalts Kontakt mit der zuständigen Amtsapotheke aufzunehmen.

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

Die im Qualitätsbereich 5 festgestellten Defizite sowie die Umsetzung der empfohlenen Maßnahmen in den entsprechenden Fristen werden ebenfalls thematisiert.

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

Es werden von den Einrichtungsvertretenden keine abweichenden Meinungen zu den Feststellungen des Prüfteams dargelegt.

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

### 3. Gesamtbeurteilung der personenbezogenen Versorgung

Qualitätsbereiche und -aspekte	Anzahl der Personen insgesamt, bei denen der Qualitätsaspekt geprüft wurde	A) Keine Auffälligkeiten B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person				
<b>Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung</b>						
		A)	B)	C)	D)	
Qualitätsaspekt 1.1	9	9: P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9	0	0	0	
Qualitätsaspekt 1.2	5	5: P2, P3, P4, P5, P7	0	0	0	
Qualitätsaspekt 1.3	6	6: P2, P3, P4, P5, P6, P9	0	0	0	
Qualitätsaspekt 1.4	8	8: P1, P2, P3, P4, P5, P7, P8, P9	0	0	0	
<b>Qualitätsbereich 2: Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen</b>						
		A)	B)	C)	D)	
Qualitätsaspekt 2.1	9	7: P1, P2, P3, P5, P7, P8, P9	0	1: P4	1: P6	
Qualitätsaspekt 2.2	4	3: P1, P3, P9	0	0	1: P6	
Qualitätsaspekt 2.3	1	1: P9	0	0	0	
Qualitätsaspekt 2.4	0	0	0	0	0	

Qualitätsbereiche und -aspekte	Anzahl der Personen insgesamt, bei denen der Qualitätsaspekt geprüft wurde	A) Keine Auffälligkeiten B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person			
Qualitätsaspekt 2.5		Auffälligkeiten, die für die Beratung der Pflegeeinrichtung relevant sind		Defizite, die für die Beratung relevant sind und für den Maßnahmenbescheid der Pflegekasse relevant sein könnten	
	0	0		0	
<b>Qualitätsbereich 3: Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte</b>					
		A)	B)	C)	D)
Qualitätsaspekt 3.1	6	6: P1, P2, P3, P7, P8, P9	0	0	0
Qualitätsaspekt 3.2	5	5: P2, P3, P5, P7, P9	0	0	0
Qualitätsaspekt 3.3	4	4: P3, P5, P7, P9	0	0	0
<b>Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen</b>					
		A)	B)	C)	D)
Qualitätsaspekt 4.1	5	5: P2, P3, P6, P7, P8	0	0	0
Qualitätsaspekt 4.2	2	2: P2, P6	0	0	0
Qualitätsaspekt 4.3	1	1: P3	0	0	0
Qualitätsaspekt 4.4	0	0	0	0	0

**Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung**

**1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität**

**Qualitätsaussage**

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

**Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite**

entfällt

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

A) keine Auffälligkeiten

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

### 1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

#### Qualitätsaussage

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

**Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite**  entfällt

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

<b>A) keine Auffälligkeiten</b>	
P2, P3, P4, P5, P7	
<b>B) Auffälligkeiten</b> (bitte erläutern)	
<b>C) Defizit mit Risiko negativer Folgen</b> (bitte erläutern und bewerten)	Anzahl versorgte Personen
<b>D) Defizit mit negativen Folgen</b> (bitte erläutern und bewerten)	Anzahl versorgte Personen

### 1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung

#### Qualitätsaussage

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

**Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite**  entfällt

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

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

### 1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

#### Qualitätsaussage

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

**Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite**

entfällt

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

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

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

**2.1 Medikamentöse Therapie**

**Qualitätsaussage**

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

**Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite**

entfällt

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

<b>A) keine Auffälligkeiten</b>	
P1, P2, P3, P5, P7, P8, P9	
<b>B) Auffälligkeiten (bitte erläutern)</b>	
<b>C) Defizit mit Risiko negativer Folgen (bitte erläutern und bewerten)</b>	Anzahl versorgte Personen
P4: Ein Bedarfsmedikament hat das Verfallsdatum überschritten.	1
<b>D) Defizit mit negativen Folgen (bitte erläutern und bewerten)</b>	Anzahl versorgte Personen
P6: Ein Bedarfsmedikament wurde nach Ablauf des Verfallsdatum verabreicht.	1

**2.2 Schmerzmanagement**

**Qualitätsaussage**

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

**Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite**

entfällt

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

<b>A) keine Auffälligkeiten</b>	
P1, P3, P9	
<b>B) Auffälligkeiten (bitte erläutern)</b>	

<b>C) Defizit mit Risiko negativer Folgen</b> (bitte erläutern und bewerten)	Anzahl versorgte Personen
<b>D) Defizit mit negativen Folgen</b> (bitte erläutern und bewerten)	Anzahl versorgte Personen
P6: Ein Schmerzmedikament wurde verabreicht, nachdem das Verfallsdatum überschritten war.	1

### 2.3 Wundversorgung

#### Qualitätsaussage

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

#### Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite

entfällt

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

<b>A) keine Auffälligkeiten</b>	
P9	
<b>B) Auffälligkeiten</b> (bitte erläutern)	
<b>C) Defizit mit Risiko negativer Folgen</b> (bitte erläutern und bewerten)	Anzahl versorgte Personen
<b>D) Defizit mit negativen Folgen</b> (bitte erläutern und bewerten)	Anzahl versorgte Personen

### 2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

#### Qualitätsaussage

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

#### Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite

entfällt

### 2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

#### Qualitätsaussage

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

#### Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite

entfällt

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

#### 3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

##### Qualitätsaussage

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

**Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite**

entfällt

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

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

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

**Qualitätsaussage**

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

**Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite**

entfällt

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

<b>A) keine Auffälligkeiten</b>	
P2, P3, P5, P7, P9	
<b>B) Auffälligkeiten (bitte erläutern)</b>	
<b>C) Defizit mit Risiko negativer Folgen (bitte erläutern und bewerten)</b>	Anzahl versorgte Personen
<b>D) Defizit mit negativen Folgen (bitte erläutern und bewerten)</b>	Anzahl versorgte Personen

**3.3 Nächtliche Versorgung**

**Qualitätsaussage**

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

**Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite**

entfällt

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

<b>A) keine Auffälligkeiten</b>	
P3, P5, P7, P9	
<b>B) Auffälligkeiten (bitte erläutern)</b>	
<b>C) Defizit mit Risiko negativer Folgen (bitte erläutern und bewerten)</b>	Anzahl versorgte Personen

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

#### Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

##### 4.1 Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug

###### Qualitätsaussage

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

**Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite**  entfällt

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

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

##### 4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

###### Qualitätsaussage

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

**Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite**  entfällt

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

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

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

###### Qualitätsaussage

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

**Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite**  entfällt

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

<b>A) keine Auffälligkeiten</b>	
P3	
<b>B) Auffälligkeiten (bitte erläutern)</b>	
<b>C) Defizit mit Risiko negativer Folgen (bitte erläutern und bewerten)</b>	Anzahl versorgte Personen
<b>D) Defizit mit negativen Folgen (bitte erläutern und bewerten)</b>	Anzahl versorgte Personen

#### 4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

##### Qualitätsaussage

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

**Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite**

entfällt

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

##### Qualitätsbereich 5: Bedarfsübergreifende fachliche Anforderungen

##### 5.1 Abwehr von Risiken und Gefährdungen

##### Qualitätsaussage

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

<input type="checkbox"/> keine Defizite festgestellt	<input checked="" type="checkbox"/> Defizite festgestellt (bitte angeben)
Die Einrichtung schätzt die gesundheitlichen Risiken und Gefährdungen bei den versorgten Personen nicht zuverlässig ein. Maßnahmen zur Reduzierung von Risiken und zur Vermeidung von Gefährdungen sind nicht vollständig geplant und werden nicht kontinuierlich durchgeführt.	

##### 5.2 Biografieorientierte Unterstützung

##### Qualitätsaussage

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

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

### 5.3 Einhaltung von Hygieneanforderungen

#### Qualitätsaussage

Grundlegende Hygieneanforderungen werden eingehalten und umgesetzt.

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

### 5.4 Hilfsmittelversorgung

#### Qualitätsaussage

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

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

### 5.5 Schutz von Persönlichkeitsrechten und Unversehrtheit

#### Qualitätsaussage

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

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

Die Einrichtung gewährt nicht zweifellos den Schutz von Persönlichkeitsrechten und die Unversehrtheit der versorgten Personen.

## Qualitätsbereich 6: Einrichtungsinterne Organisation und Qualitätsmanagement

### 6.1 Qualifikation der und Aufgabenwahrnehmung durch die verantwortliche Pflegefachkraft

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft und ihrer Stellvertretung in dieser Pflegeeinrichtung (wöchentlicher Stundenumfang)	80
Stundenumfang, in dem die verantwortliche Pflegefachkraft und ihre Stellvertretung in der Pflege tätig sind	0

**Prüffragen**

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

**6.2 Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen**

**Qualitätsaussage**

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

**Prüffragen**

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

### 6.3 Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

<p>Qualitätsdefizite, die bei der letzten externen Prüfung festgestellt wurden oder danach auftraten</p>	<p>Überprüfung der PKV:</p> <p style="padding-left: 40px;">Blutdruckkontrollen erfolgen nicht nach ärztlicher Verordnung</p> <p>Selbstständig festgestellte Defizite:</p> <p style="padding-left: 40px;">Durchführung und Planung von individueller Sturzprophylaxe Unsicherheit bei der Durchführung von Fall- und Beratungsgesprächen der Pflegefachkräfte</p>
<p>Interne Maßnahmen zur Identifizierung etwaiger Qualitätsdefizite</p>	<p>Tägliche Sichtung der Dokumentationen und der versorgten Personen durch die verantwortliche Pflegefachkraft bezüglich benannter Risiken (beispielsweise Sturz, Ernährung, Wunden), 1x monatlich Sichtung und Auswertung der Risikomeldungen und entsprechender Dokumentation, Pflegevisiten und Hygienevisiten nach festgestellten Defiziten sowie regelhaft, Einzelcoachings der Mitarbeitenden in Bezug auf die Pflegedokumentation und der Pflegedurchführung, Überprüfung der Ergebnisqualität am Bewohner- Anlassbezogen nach Auftreten von Risiken, Erstellung von Maßnahmenplänen nach externen Überprüfungen mit defizitären Feststellungen, individuell festgelegte Schulungen bei Auffälligkeiten</p>
<p>Aktuelle Maßnahmen zur Behebung von Qualitätsdefiziten</p>	<p>Schulung zum Expertenstandard Sturz, Einzelcoachings bezüglich Fall- und Beratungsgesprächen</p>

#### Prüffragen

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

5. Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Verfahren zur Identifizierung von Qualitätsproblemen einbezogen?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---

## 5. Gesamtergebnis der Plausibilitätskontrolle

Gesamtübersicht der Ergebnisse der Plausibilitätskontrolle des Erhebungsreports			
Anzahl der Personen insgesamt, bei denen der Erhebungsreport geprüft wurde	keine Auffälligkeiten	Auffälligkeit festgestellt	kritischer Bereich (ab drei Personen)
2	Ja		Nein

<b>Eine Plausibilitätskontrolle auf der Ebene des Einzelfalls hat bei 4 versorgten Personen stattgefunden.</b>			
<b>Gesamtübersicht der Ergebnisse der Plausibilitätskontrolle auf der Ebene des Einzelfalls</b>			
<b>Ergebnisindikatoren</b>	<b>Anzahl der Personen insgesamt, bei denen keine Auffälligkeiten festgestellt wurden</b>	<b>Anzahl der Personen insgesamt, bei denen Auffälligkeiten festgestellt wurden</b>	<b>Kritischer Bereich (ab zwei Personen)</b>
<b>Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung</b>			
Angaben zur Mobilität (1.1)	4 - P1, P2, P4, P9	0	Nein
Angaben zu gravierenden Sturzfolgen (1.1)	4 - P1, P2, P4, P9	0	Nein
Angaben zu Gewichtsverlust und zu den Faktoren, die das Gewicht beeinflussen (1.2)	4 - P1, P2, P4, P9	0	Nein
Angaben zur Selbstständigkeit bei der Selbstversorgung (1.4)	4 - P1, P2, P4, P9	0	Nein
<b>Qualitätsbereich 2: Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen</b>			
Angaben zum Thema Schmerz (2.2)	4 - P1, P2, P4, P9	0	Nein
Angaben zur Dekubitusentstehung (2.3)	4 - P1, P2, P4, P9	0	Nein
<b>Qualitätsbereich 3: Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte</b>			
Angaben zur Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte (3.2)	4 - P1, P2, P4, P9	0	Nein
Angaben zu den kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (3.2)	4 - P1, P2, P4, P9	0	Nein
<b>Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen</b>			
Angaben zum Heimeinzug und zur Durchführung eines Integrationsgesprächs	4 - P1, P2, P4, P9	0	Nein

<b>Eine Plausibilitätskontrolle auf der Ebene des Einzelfalls hat bei 4 versorgten Personen stattgefunden.</b>			
<b>Gesamtübersicht der Ergebnisse der Plausibilitätskontrolle auf der Ebene des Einzelfalls</b>			
Ergebnisindikatoren	Anzahl der Personen insgesamt, bei denen keine Auffälligkeiten festgestellt wurden	Anzahl der Personen insgesamt, bei denen Auffälligkeiten festgestellt wurden	Kritischer Bereich (ab zwei Personen)
(4.1)			
Angaben zu Krankenhausaufenthalten (4.2)	4 - P1, P2, P4, P9	0	Nein
Angaben zur Anwendung von Gurten (4.4)	4 - P1, P2, P4, P9	0	Nein
Angaben zur Anwendung von Bettseitenteilen (4.4)	4 - P1, P2, P4, P9	0	Nein

## 6. Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten

### Personenbezogene Empfehlungen

Qualitätsaspekt	Person	Bewertung	Feststellung Maßnahme	Fristvorschlag
<b>Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung</b>				
<b>Qualitätsbereich 2: Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen</b>				
2.1	P4	C	<b>Feststellung:</b> Ein Bedarfsmedikament hat das Verfallsdatum überschritten. <b>Maßnahme:</b> Medikamente müssen bewohnerbezogen vorrätig aufbewahrt werden. Dabei ist das Verfallsdatum zu beachten.	Unverzüglich.
2.1	P6	D	<b>Feststellung:</b> Ein Bedarfsmedikament wurde nach Ablauf des Verfallsdatum verabreicht. <b>Maßnahme:</b> Medikamente, deren Verfallsdatum überschritten ist, sind nicht mehr zu verabreichen.	Unverzüglich.
2.2	P6	D	<b>Feststellung:</b> Ein Schmerzmedikament wurde verabreicht, nachdem das Verfallsdatum überschritten war. <b>Maßnahme:</b> Bei der Gabe von Schmerzmedikamenten ist das Verfallsdatum zu beachten.	Unverzüglich.
<b>Qualitätsbereich 3: Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte</b>				

Qualitätsaspekt	Person	Bewertung	Feststellung Maßnahme	Fristvorschlag
Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen				

### Einrichtungbezogene Empfehlungen

Qualitätsaspekt	Feststellung Maßnahme	Fristvorschlag
5.1	<p><b>Feststellung:</b> Die Einrichtung schätzt die gesundheitlichen Risiken und Gefährdungen bei den versorgten Personen nicht zuverlässig ein. Maßnahmen zur Reduzierung von Risiken und zur Vermeidung von Gefährdungen sind nicht vollständig geplant und werden nicht kontinuierlich durchgeführt.</p> <p><b>Maßnahme:</b> Die Einrichtung muss im Hinblick auf die getroffene Feststellung die Reduzierung von Risiken und die Vermeidung von Gefährdungen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements sicherstellen.</p>	bis 3 Monate
5.5	<p><b>Feststellung:</b> Die Einrichtung gewährt nicht zweifellos den Schutz von Persönlichkeitsrechten und die Unversehrtheit der versorgten Personen.</p> <p><b>Maßnahme:</b> Die Einrichtung muss den Schutz von Persönlichkeitsrechten und die Unversehrtheit der versorgten Personen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements sicherstellen.</p>	bis 3 Monate

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

**Verantwortlich für das Gutachten:**

**24.07.2023, Pickartz, Katharina**

**Anlagen zum Prüfbericht**

- Prüfbogen A
- Prüfbogen C

Prüfbogen A

**P1**

Prüfung bei der versorgten Person - Allgemeine Angaben

**A. Angaben zur Prüfung**

1.	Auftragsnummer	230719VS14000145-000004023
2.	Datum	19.07.2023
3.	Uhrzeit	11:44
4.	Nummer Prüfbogen A	1

**B. Angaben zur versorgten Person**

1.	Name	P1
2.	Pflegekasse	IKK classic
3.	Pflege-/Wohnbereich	2
4.	Geburtsdatum	**.**.1939
5.	Alter in Jahren	83
6.	Einzugsdatum	**..08.2020
7.	aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Leichte kognitive Störung, Angsterkrankung, Polyarthrit, Degeneratives Halswirbelsäulensyndrom, Chronisches Lendenwirbelsyndrom, Gehbehinderung, Abhängigkeitssyndrom Oxazepam
8.	personenbezogener Code (soweit vorhanden)	000090
9.	Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10.	Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad
11.	Subgruppe	<input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A <input checked="" type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C
12.	Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

13.	vorhandene Unterlagen	EDV-gestützte Pflegedokumentation.
14.	Kurzzeitpflegegast	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein

**C. Anwesende Personen**

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

**Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung**

**1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

1. Beeinträchtigungen	Erläuterungen
<input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance	Leichte Gangunsicherheit, die Nutzung des Rollators wird innerhalb des Zimmers meist abgelehnt.
<input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen	Die versorgte Person kann die Treppe zwischen zwei Etagen überwiegend selbstständig steigen, benötigt aber Begleitung wegen Sturzrisikos.
<b>2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung</b>	
Rollator	

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) keine Auffälligkeiten

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

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

### 1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

##### 1. Gewicht

aktuelles Gewicht 72,7

Gewicht vor drei Monaten 71,8

Gewicht vor sechs Monaten 70,7

Hinweise auf eine Gewichtsabnahme

Größe (in cm) 154,0

aktueller BMI\* 30,7

Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme  
Bei der versorgten Person sind keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme vorhanden. Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme.

\* Body Mass Index

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

Magensonde     vollständige Sondenernährung  
 PEG-Sonde     teilweise Sondenernährung  
 PEJ-Sonde     zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich  
 Applikation per Pumpe  
 Applikation per Schwerkraft  
 Applikation per Bolus

Nahrung kcal/24 h + Flussrate

Flüssigkeit ml/24 h + Flussrate

Zustand der Sonde, Eintrittsstelle, Verband

subkutane Infusion

<input type="checkbox"/> intravenöse Infusion	
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

Bei der versorgten Person liegt keine künstliche Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung vor.

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

### 1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

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

Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Zusammenhang mit Kontinenzverlust.

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

### 1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

<b>Körperpflege</b>
---------------------

Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im Bereich der Körperpflege	Unterstützungen beim Duschen.
--	-------------------------------

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

### Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5

<b>An- bzw. Verordnungen und therapiebedingte Anforderungen</b>	
Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen auflisten)	Dosieraerosol, 2x täglich, selbstständig Medikamentengabe, 3x täglich, Richten und Bereitstellen Injektion s.c., 1x wöchentlich, Übernahme Kompressionsstrümpfe: An- und Ausziehen, Übernahme
Zusammenfassende Einschätzung der Selbständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen	Der Unterstützungsbedarf begründet sich in Überforderung.

### 2.1 Medikamentöse Therapie

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

Medikamentöse Therapie
------------------------

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

**2.2 Schmerzmanagement**

**Qualitätsaussage**

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

**Informationserfassung**

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

Therapie mit Tramadol 100 mg Tablette 1-0-0, sowie bei Bedarf Novaminsulfon 500 mg Tabletten bei Bedarf.

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

## 2.3 Wundversorgung

### Qualitätsaussage

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

### Informationserfassung

Bei der versorgten Person liegen keine Wunden vor.

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## 2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

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

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

Besondere ärztliche Anordnungen zu den oben genannten Bedarfslagen

Bei der versorgten Person liegen keine besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen vor.

\*Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## 2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

### Qualitätsaussage

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

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

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

#### 3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

##### Qualitätsaussage

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

##### Informationserfassung

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

##### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

#### 3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation

##### Qualitätsaussage

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

Fähigkeiten werden in der Kommunikation, bei der Knüpfung und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte unterstützt.

### Informationserfassung

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

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

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

#### Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen

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

### Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

### 3.3 Nächtliche Versorgung

#### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

#### Nächtlicher Unterstützungsbedarf:

Bei der versorgten Person liegt kein nächtlicher Unterstützungsbedarf vor.

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

### 4.1 Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

<b>Unterstützung nach Einzug</b>	
Einzugsdatum	01.08.2020
Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf*)	
Anpassung der Unterstützung während der ersten acht Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf*)	
Der Einzug der versorgten Person liegt bereits länger als 12 Monate zurück.	

\*Kurzzeitpflege

#### Plausibilitätskontrolle

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

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

#### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

### 4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

<b>Grund, Dauer und Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten in den letzten sechs Monaten:</b>
Die versorgte Person wurde innerhalb der letzten 6 Monate nicht in einem Krankenhaus behandelt.

#### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

**Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:**

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

### 4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

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

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

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

#### Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

Prüfbogen A

P2

Prüfung bei der versorgten Person - Allgemeine Angaben

A. Angaben zur Prüfung

1.	Auftragsnummer	230719VS14000145-000004023
2.	Datum	19.07.2023
3.	Uhrzeit	11:53
4.	Nummer Prüfbogen A	2

B. Angaben zur versorgten Person

1.	Name	P2
2.	Pflegekasse	DAK Gesundheit
3.	Pflege-/Wohnbereich	2
4.	Geburtsdatum	**.***.1928
5.	Alter in Jahren	95
6.	Einzugsdatum	**..07.2022
7.	aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Globale Hirnatrophie, Mikroangiopathie, Depression, Progressive subkortikale vaskuläre Enzephalopathie, Epilepsie
8.	personenbezogener Code (soweit vorhanden)	000136
9.	Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10.	Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad
11.	Subgruppe	<input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B <input checked="" type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C
12.	Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
13.	vorhandene Unterlagen	EDV-gestützte Pflegedokumentation.

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

**C. Anwesende Personen**

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

**Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung**

**1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

1. Beeinträchtigungen	Erläuterungen
<input checked="" type="checkbox"/> Aufstehen	Unsicher mit Halt.
<input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance	Stehen mit Halt für kurze Zeit möglich, Gehen stark verunsichert mit Halt bei Verkennung der eigenen Fähigkeiten, aktiv rollstuhlmobil.
<input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen	Die versorgte Person ist beim Treppensteigen unselbstständig. Sie muss getragen oder mit Hilfsmittel transportiert werden.
<input checked="" type="checkbox"/> Kraft	Altersbedingte Kraftreduktion.
<b>2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung</b>	
Rollator, Rollstuhl	

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

**1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>1. Gewicht</b>	
aktuelles Gewicht	52,0
Gewicht vor drei Monaten	52,2
Gewicht vor sechs Monaten	51,1
Hinweise auf eine Gewichtsabnahme:	
Größe (in cm)	165,0
aktueller BMI*	19,1
Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme	Mundgerechte Vorbereitung der Mahlzeiten.  Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme.

\* Body Mass Index

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

<input type="checkbox"/> subkutane Infusion	
<input type="checkbox"/> intravenöse Infusion	
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

**1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>Kontinenz</b>	
Beeinträchtigungen der Harn- und Stuhlkontinenz	Abhängig kompensierte Harninkontinenz.
Nutzung von	<input type="checkbox"/> suprapubischem Katheter <input type="checkbox"/> transurethralem Katheter <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten offen <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten geschlossen <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Sonstigem

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

## 1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

<b>Körperpflege</b>	
Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im Bereich der Körperpflege	Teilweise Übernahme.

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

### Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5

<b>An- bzw. Verordnungen und therapiebedingte Anforderungen</b>	
Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen auflisten)	Medikamentengabe, 4x täglich, Richten und beaufsichtigte Einnahme.
Zusammenfassende Einschätzung der Selbständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen	Der Unterstützungsbedarf begründet sich in den kognitiven Einschränkungen.

### 2.1 Medikamentöse Therapie

#### Qualitätsaussage

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

**Informationserfassung**

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

Bei der In Augenscheinnahme wird festgestellt, dass für die laufenden Woche Lamotrigin 100 mg zerteilte Tabletten im Dispenser gelagert werden.

Im Fachgespräch wird angegeben, dass in der Einrichtung Tabletten nicht unmittelbar vor der Einnahme geteilt werden, sondern im Voraus für einen Zeitraum von sieben Tagen. Dabei werden die geteilten Tabletten im Dispenser zusammen mit anderen Tabletten aufbewahrt.

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

**2.2 Schmerzmanagement**

**Qualitätsaussage**

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

**Informationserfassung**

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

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

## 2.3 Wundversorgung

### Qualitätsaussage

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

### Informationserfassung

Bei der versorgten Person liegen keine Wunden vor.

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## 2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

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

\*Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## 2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

### Qualitätsaussage

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

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

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

#### 3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

##### Qualitätsaussage

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

##### Informationserfassung

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

##### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

#### 3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation

##### Qualitätsaussage

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

Fähigkeiten werden in der Kommunikation, bei der Knüpfung und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte unterstützt.

### Informationserfassung

<b>Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen <input checked="" type="checkbox"/> Ruhen und Schlafen <input checked="" type="checkbox"/> sich beschäftigen <input checked="" type="checkbox"/> in die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen <input type="checkbox"/> Interaktion mit Personen im direkten Kontakt <input checked="" type="checkbox"/> Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes
<b>Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen</b>
Die versorgte Person wirkt zu allen Bereichen unscharf orientiert.
<b>Tagesablauf und Aktivitäten im Alltag der versorgten Person (nur zu erfassen bei Personen mit beeinträchtigter Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte):</b>
Die versorgte Person trifft Entscheidungen im Rahmen einer vorgegebenen Tagesstruktur nach eigenen Vorlieben und Wünschen. Die versorgte Person erhält Orientierungshilfen. Zu Angeboten des Hauses wird eingeladen. Es erfordert personelle Unterstützung bei der Vereinbarung/Einhaltung von Terminen und der Aufrechterhaltung von Kontakte außerhalb des direkten Umfeldes.

### Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

### 3.3 Nächtliche Versorgung

#### Qualitätsaussage

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

**Informationserfassung**

**Nächtlicher Unterstützungsbedarf:**

Bei der versorgten Person liegt kein nächtlicher Unterstützungsbedarf vor.

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

**Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen**

**4.1 Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>Unterstützung nach Einzug</b>	
Einzugsdatum	22.07.2022
Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf*)	02.09.2022
Anpassung der Unterstützung während der ersten acht Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf*)	

\*Kurzzeitpflege

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

## 4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

<b>Grund, Dauer und Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten in den letzten sechs Monaten:</b>
Seit dem 07.03.2023 aufgrund von struktureller Epilepsie mit rezidivierenden fokalen Anfällen.

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

<b>Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:</b>
Bei der versorgten Person liegen keine psychischen Problemlagen oder herausfordernd erlebtes Verhalten vor.

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## 4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

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

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

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

### Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

Prüfbogen A

P3

Prüfung bei der versorgten Person - Allgemeine Angaben

A. Angaben zur Prüfung

1.	Auftragsnummer	230719VS14000145-000004023
2.	Datum	19.07.2023
3.	Uhrzeit	12:02
4.	Nummer Prüfbogen A	3

B. Angaben zur versorgten Person

1.	Name	P3
2.	Pflegekasse	AOK Rheinland/Hamburg
3.	Pflege-/Wohnbereich	2
4.	Geburtsdatum	**.**.1954
5.	Alter in Jahren	69
6.	Einzugsdatum	**.**.03.2023
7.	aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Demenz bei Alzheimerkrankheit, COPD, Angststörung, Zustand nach Infarkt im Stromgebiet der Arteria cerebri media links
8.	personenbezogener Code (soweit vorhanden)	
9.	Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
10.	Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad
11.	Subgruppe	<input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C
12.	Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
13.	vorhandene Unterlagen	EDV-gestützte Pflegedokumentation.

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

### C. Anwesende Personen

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

## Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

### 1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

1. Beeinträchtigungen	Erläuterungen
<input checked="" type="checkbox"/> Positionswechsel im Bett	Mikrobewegungen möglich.
<input checked="" type="checkbox"/> Aufstehen	Nur mit personeller Hilfe.
<input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance	Gehen auf wenigen Metern mit personeller Begleitung möglich, ausgeprägte Sturzangst. Meist passiv rollstuhlmobil.
<input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen	Die versorgte Person ist beim Treppensteigen unselbstständig. Sie muss getragen oder mit Hilfsmittel transportiert werden.
<input checked="" type="checkbox"/> Kraft	Altersbedingte Kraftreduktion.
<b>2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung</b>	
Rollator, Rollstuhl, Weichlagerungsmatratze, Lagerungskissen	

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

**1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>1. Gewicht</b>	
aktuelles Gewicht	65,1
Gewicht vor drei Monaten	71,5
Gewicht vor sechs Monaten	
Hinweise auf eine Gewichtsabnahme	Appetitlosigkeit bei Verdacht auf Divertikulitis, die ärztliche Kommunikation ist nachvollziehbar.
Größe (in cm)	165,0
aktueller BMI*	23,9
Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme	Mundgerechte Vorbereitung der Mahlzeiten, eingießen der Getränke.  Im Zusammenhang mit der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme werden folgende Hilfsmittel genutzt: Trinkbecher mit Aufsatz

\* Body Mass Index

<b>2. Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme:</b>
---

<input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde	<input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus
Flüssigkeit ml/24 h + Flussrate	
Zustand der Sonde, Eintrittsstelle, Verband	
<input type="checkbox"/> subkutane Infusion	
<input type="checkbox"/> intravenöse Infusion	
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel	
<input checked="" type="checkbox"/> Sonstiges	Fresubin Drink, hochkalorische Ergänzungsnahrung, 2 kcal/ml 1x täglich.

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

**1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>Kontinenz</b>	
Beeinträchtigungen der Harn- und Stuhlinkontinenz	Abhängig kompensierte Harninkontinenz, Stuhlinkontinenz.

Nutzung von	<input type="checkbox"/> suprapubischem Katheter <input type="checkbox"/> transurethralem Katheter <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten offen <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten geschlossen <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Sonstigem
-------------	---

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

**1.4 Unterstützung bei der Körperpflege**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>Körperpflege</b>	
Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im Bereich der Körperpflege	Umfassende Anleitung, teilweise Übernahme.

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

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

**Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5**

An- bzw. Verordnungen und therapiebedingte Anforderungen
--

Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen aufführen)	Medikamentengabe, 3x täglich, Richten und beaufsichtigte Einnahme. Transdermales Pflaster: alle 72 Stunden, Übernahme. Wechsel des transurethralen Dauerkatheters: alle 5 Wochen, Übernahme. Hochkalorische Ergänzungskost, 1x täglich, Unterstützung.
Zusammenfassende Einschätzung der Selbständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen	Der Unterstützungsbedarf begründet sich in den kognitiven und motorischen Einschränkungen.

## 2.1 Medikamentöse Therapie

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

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

Bei der In Augenscheinnahme wird festgestellt, dass für die laufenden Woche Pipamperon 40 mg zerteilte Tabletten im Blister gelagert werden.

Im Fachgespräch wird angegeben, dass die Medikamente von der zuständigen Apotheke geblistert werden und nicht unmittelbar vor der Einnahme geteilt werden, sondern im Voraus für einen Zeitraum von sieben Tagen.

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

## 2.2 Schmerzmanagement

### Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

**Informationserfassung**

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

Therapie mit Fentanyl 12 µg/Stunde, alle 3 Tage.

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

**2.3 Wundversorgung**

**Qualitätsaussage**

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

**Informationserfassung**

Bei der versorgten Person liegen keine Wunden vor.
--

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

## 2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

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

\*Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## 2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

### Qualitätsaussage

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

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

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

### 3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

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

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

#### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

### 3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

<b>Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen <input checked="" type="checkbox"/> Ruhen und Schlafen <input checked="" type="checkbox"/> sich beschäftigen <input checked="" type="checkbox"/> in die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen <input checked="" type="checkbox"/> Interaktion mit Personen im direkten Kontakt <input checked="" type="checkbox"/> Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes
<b>Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen</b>
Die versorgte Person wirkt zu allen Bereichen unscharf orientiert.

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

Die versorgte Person trifft Entscheidungen im Rahmen einer vorgegebenen Tagesstruktur nach eigenen Vorlieben und Wünschen. Die versorgte Person erhält Orientierungshilfen. Zu Angeboten des Hauses wird eingeladen. Es erfordert personelle Unterstützung bei der Vereinbarung/Einhaltung von Terminen und der Aufrechterhaltung von Kontakte außerhalb des direkten Umfeldes.

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

A) keine Auffälligkeiten

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

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

**3.3 Nächtliche Versorgung**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

**Nächtlicher Unterstützungsbedarf:**

Inkontinenzversorgung, Positionswechsel, Beruhigende Ansprachen

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

A) keine Auffälligkeiten

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

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

## Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

### 4.1 Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

<b>Unterstützung nach Einzug</b>	
Einzugsdatum	09.03.2023
Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf*)	14.04.2023
Anpassung der Unterstützung während der ersten acht Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf*)	

\*Kurzzeitpflege

#### Plausibilitätskontrolle

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

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

#### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

### 4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

<b>Grund, Dauer und Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten in den letzten sechs Monaten:</b>
Die versorgte Person wurde innerhalb der letzten 6 Monate nicht in einem Krankenhaus behandelt.

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

**Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:**

**Ängste:**

Angst vor Unbekanntem und bei leichter Überforderung, Angst etwas falsch zu machen.

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) keine Auffälligkeiten

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

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

### 4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

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

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

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

### Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

Prüfbogen A

P4

Prüfung bei der versorgten Person - Allgemeine Angaben

A. Angaben zur Prüfung

1.	Auftragsnummer	230719VS14000145-000004023
2.	Datum	19.07.2023
3.	Uhrzeit	11:37
4.	Nummer Prüfbogen A	4

B. Angaben zur versorgten Person

1.	Name	P4
2.	Pflegekasse	AOK Rheinland/Hamburg
3.	Pflege-/Wohnbereich	1
4.	Geburtsdatum	**.**.1950
5.	Alter in Jahren	73
6.	Einzugsdatum	**..06.2021
7.	aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Hemiparese rechts nach apoplektischem Insult, Dysarthrie, Depressive Episode, Niereninsuffizienz, Hypertonie, Restless-Legs-Syndrom.
8.	personenbezogener Code (soweit vorhanden)	000113
9.	Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10.	Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad
11.	Subgruppe	<input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A <input checked="" type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C
12.	Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
13.	vorhandene Unterlagen	EDV-gestützte Dokumentation

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

### C. Anwesende Personen

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

## Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

### 1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

1. Beeinträchtigungen	Erläuterungen
<input checked="" type="checkbox"/> Aufstehen	Mit Haltemöglichkeit.
<input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance	Stehen ist möglich mit Haltemöglichkeit. Langsames, bodennahes Gehen mit Unterarm Rollator ist möglich.
<input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen	Die versorgte Person kann die Treppe zwischen zwei Etagen überwiegend selbstständig steigen, benötigt aber Begleitung wegen Sturzrisikos. Ein fester Halt durch das Geländer ist notwendig.
<input checked="" type="checkbox"/> Beweglichkeit der Extremitäten	Der rechte Arm ist eingeschränkt beweglich. Der Arm kann bis auf Brusthöhe aktiv angehoben werden. Das rechte Bein ist kraftgemindert eingeschränkt beweglich.
<input checked="" type="checkbox"/> Kraft	Reduzierte Kraft in der rechten Körperhälfte.
<b>2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung</b>	
Unterarm Rollator, Elektrorollstuhl, Rollstuhl, Toilettenstuhl.	

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

**1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>1. Gewicht</b>	
aktuelles Gewicht	100,0
Gewicht vor drei Monaten	100,3
Gewicht vor sechs Monaten	98,4
Hinweise auf eine Gewichtsabnahme	
Größe (in cm)	158,0
aktueller BMI*	40,1
Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme	Hilfestellung beim Aufdrehen von Flaschen und dem Kleinschneiden von Brötchen oder Fleisch notwendig.  Im Zusammenhang mit der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme werden folgende Hilfsmittel genutzt: Fixierscheibe zur Tellerunterlage.

\* Body Mass Index

<b>2. Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme:</b>
---

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

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

### 1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

<b>Kontinenz</b>	
Beeinträchtigungen der Harn- und Stuhlkontinenz	Tagesformabhängig, relativ selten, wird Hilfe bei der Versorgung nach der Ausscheidung benötigt, beispielsweise bei der Reinigung und beim Richten der Bekleidung.

Nutzung von	<input type="checkbox"/> suprapubischem Katheter <input type="checkbox"/> transurethralem Katheter <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten offen <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten geschlossen <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Sonstigem
-------------	---

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

**1.4 Unterstützung bei der Körperpflege**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>Körperpflege</b>	
Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im Bereich der Körperpflege	Punktuelle Hilfe beim Ankleiden, zeitweise beim Rückenwaschen oder Duschen notwendig.

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

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

**Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5**

An- bzw. Verordnungen und therapiebedingte Anforderungen
--

Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen auflisten)	Medikamentengabe 3x täglich richten und bereitstellen
Zusammenfassende Einschätzung der Selbständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen	Der Unterstützungsbedarf begründet sich in den motorischen Einschränkungen.

## 2.1 Medikamentöse Therapie

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

<b>Medikamentöse Therapie</b>	
Informationen zur medikamentösen Therapie der versorgten Person (soweit verfügbar: Medikationsplan, Hinweise auf Neben-/ Wechselwirkungen, besondere ärztliche An- bzw. Verordnungen):	Regel- und Bedarfsmedikation, Levodopa bei Restless-Legs in Eigenbedarf.

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) keine Auffälligkeiten <input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
Defizit 1
Ein Bedarfsmedikament hat das Verfallsdatum überschritten.
Paracodein N-Tropfen wurden am 17.02.23 bei Bedarf verordnet. Die Flasche wurde am 18.02.23 angebrochen und ist nach Anbruch 3 Monate haltbar. Das Medikament ist somit am 18.05.23 abgelaufen. Nach Angabe der Einrichtungsvertretung sei das Medikament danach nicht mehr in Gebrauch gewesen. Die Flasche wird direkt durch die Einrichtungsvertretung verworfen und der Arzt kontaktiert.
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

## 2.2 Schmerzmanagement

### Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

**Informationserfassung**

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

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

**2.3 Wundversorgung**

**Qualitätsaussage**

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

**Informationserfassung**

Bei der versorgten Person liegen keine Wunden vor.
--

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

**2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

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

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

Besondere ärztliche Anordnungen zu den oben genannten Bedarfslagen

Bei der versorgten Person liegen keine besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen vor.

\*Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## 2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

### Qualitätsaussage

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

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

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

### 3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

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

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

**Hörvermögen der versorgten Person (auch unter Verwendung eines Hörgerätes)**

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

**Genutzte Hilfsmittel**

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

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

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

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

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

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

**Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen**

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

**3.3 Nächtliche Versorgung**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>Nächtlicher Unterstützungsbedarf:</b>
Bei der versorgten Person liegt kein nächtlicher Unterstützungsbedarf vor.

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

**Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen**

**4.1 Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>Unterstützung nach Einzug</b>	
Einzugsdatum	22.06.2021
Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf*)	
Anpassung der Unterstützung während der ersten acht Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf*)	
Der Einzug der versorgten Person liegt bereits länger als 12 Monate zurück.	

\*Kurzzeitpflege

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

## 4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

**Grund, Dauer und Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten in den letzten sechs Monaten:**

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

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

**Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:**

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## 4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

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

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

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

### Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

Prüfbogen A

P5

Prüfung bei der versorgten Person - Allgemeine Angaben

A. Angaben zur Prüfung

1.	Auftragsnummer	230719VS14000145-000004023
2.	Datum	19.07.2023
3.	Uhrzeit	12:15
4.	Nummer Prüfbogen A	5

B. Angaben zur versorgten Person

1.	Name	P5
2.	Pflegekasse	Pronova BKK
3.	Pflege-/Wohnbereich	1
4.	Geburtsdatum	**.**.1935
5.	Alter in Jahren	88
6.	Einzugsdatum	**..06.2018
7.	aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Kognitives Defizit nach Apoplex mit Sprech- und Sprachstörungen, Demenz, Zerebrale Ischämie, Myelopathie, Polyneuropathie, Diverse Frakturen der Rippen und Wirbel, Osteoporose, Varizen, Diabetes Mellitus Typ II.
8.	personenbezogener Code (soweit vorhanden)	
9.	Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
10.	Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad
11.	Subgruppe	<input checked="" type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C
12.	Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

13.	vorhandene Unterlagen	EDV-gestützte Dokumentation
14.	Kurzzeitpflegegast	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein

### C. Anwesende Personen

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

## Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

### 1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

1. Beeinträchtigungen	Erläuterungen
<input checked="" type="checkbox"/> Positionswechsel im Bett	Die versorgte Person ist überwiegend unselbstständig. Sie kann beim Positionswechsel nur wenig mithelfen, zum Beispiel am Bettgestell festhalten. Liegt am liebsten auf der rechten Seite.
<input checked="" type="checkbox"/> Aufstehen	Nur mit personeller Hilfe. Zeitweise mit Aufstehhilfe.
<input checked="" type="checkbox"/> Halten einer stabilen Sitzposition	Die versorgte Person ist beim Halten einer stabilen Sitzposition überwiegend unselbstständig. Sie hat eine eingeschränkte Rumpfkontrolle und benötigt auch mit Rücken- und Seitenstützen zum Beispiel während der Mahlzeiten Unterstützung zur Positionskorrektur.
<input checked="" type="checkbox"/> Lageveränderung im Sitzen	Die versorgte Person kann ihre Lageveränderungen im Sitzen nur überwiegend unselbstständig durchführen. Sie benötigt erhebliche Unterstützung beim Positionswechsel im Stuhl.

<input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance	Die versorgte Person ist überwiegend unselbstständig. Sie kann nicht gehen. Stehen ist nur mit Festhalten kurzzeitig möglich.
<input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen	Die versorgte Person ist beim Treppensteigen unselbstständig. Sie muss getragen oder mit Hilfsmittel transportiert werden.
<input checked="" type="checkbox"/> Beweglichkeit der Extremitäten	Bewegungseinschränkungen in den Händen, sowie in den Schulter-, Knie- und Hüftgelenken. Die genannten Gelenke können nicht vollumfänglich bewegt werden.
<input checked="" type="checkbox"/> Kraft	Deutliche Kraftminderung in den Beinen. Leichte Kraftminderung in den Händen.
<b>2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung</b>	
Rollstuhl mit Antidekubitussitzkissen, Weichlagerungsmatratze, Aufstehhilfe.	

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

**1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>1. Gewicht</b>	
aktuelles Gewicht	64,1

Gewicht vor drei Monaten	64,0
Gewicht vor sechs Monaten	61,6
Hinweise auf eine Gewichtsabnahme	
Größe (in cm)	156,0
aktueller BMI*	26,3
Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme	<p>Die versorgte Person ist beim Essen und Trinken überwiegend unselbständig. Sie benötigt Hilfe bei der mundgerechten Zubereitung und beim Einschneiden, ebenso eine Impulsgabe und Erinnerung an die Essens- und Flüssigkeitszufuhr.</p> <p>Im Zusammenhang mit der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme werden folgende Hilfsmittel genutzt: Becher mit Griff</p>

\* Body Mass Index

<b>2. Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme:</b>	
<input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde	<input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus
Flüssigkeit ml/24 h + Flussrate	
Zustand der Sonde, Eintrittsstelle, Verband	
<input type="checkbox"/> subkutane Infusion	
<input type="checkbox"/> intravenöse Infusion	
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

### 1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

<b>Kontinenz</b>	
Beeinträchtigungen der Harn- und Stuhlinkontinenz	Abhängig kompensierte Harninkontinenz. Stuhlinkontinenz.
Nutzung von	<input type="checkbox"/> suprapubischem Katheter <input type="checkbox"/> transurethralem Katheter <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten offen <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten geschlossen <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Sonstigem

#### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) keine Auffälligkeiten

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

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

### 1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

<b>Körperpflege</b>	
Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im Bereich der Körperpflege	Die versorgte Person ist in allen Aktivitäten unselbständig. Alle Maßnahmen zur Körperpflege müssen übernommen werden.

#### Plausibilitätskontrolle

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

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

**Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5**

An- bzw. Verordnungen und therapiebedingte Anforderungen	
Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen aufführen)	Medikamentengabe 3x täglich richten und verabreichen. Kompressionskniestrümpfe an- und ausziehen in Übernahme.
Zusammenfassende Einschätzung der Selbständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen	Der Unterstützungsbedarf begründet sich in den kognitiven und motorischen Einschränkungen.

**2.1 Medikamentöse Therapie**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

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

**2.2 Schmerzmanagement**

**Qualitätsaussage**

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

**Informationserfassung**

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

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

**2.3 Wundversorgung**

**Qualitätsaussage**

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

**Informationserfassung**

Bei der versorgten Person liegen keine Wunden vor.

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

## 2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

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

\*Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## 2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

### Qualitätsaussage

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

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

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

### 3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

### 3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

<b>Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen <input checked="" type="checkbox"/> Ruhen und Schlafen <input checked="" type="checkbox"/> sich beschäftigen <input checked="" type="checkbox"/> in die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen <input checked="" type="checkbox"/> Interaktion mit Personen im direkten Kontakt <input checked="" type="checkbox"/> Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes
<b>Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen</b>
Die versorgte Person ist in allen Qualitäten desorientiert. Das Sprachverständnis ist sehr eingeschränkt, benötigt lange Zeit zum Verstehen und ebenso beim Antworten bei einer Aphasie. Die versorgte Person kann keine Gefahren erkennen, kann Situationen nicht einordnen und kann Aufforderungen nur nach kleinschrittiger Anleitung mit mehreren Wiederholungen umsetzen.
<b>Tagesablauf und Aktivitäten im Alltag der versorgten Person (nur zu erfassen bei Personen mit beeinträchtigter Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte):</b>

Die versorgte Person benötigt bei allen Belangen hinsichtlich Tagesstruktur, Beschäftigung, Kommunikation und Alltagsaktivitäten eine vollständige Übernahme und Unterstützung.

### Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) keine Auffälligkeiten

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

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

### 3.3 Nächtliche Versorgung

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

Nächtlicher Unterstützungsbedarf:

Lagerung, Getränkeangebot, Wechsel des Inkontinenzmaterials.

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) keine Auffälligkeiten

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

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

## Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

### 4.1 Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

<b>Unterstützung nach Einzug</b>	
Einzugsdatum	26.06.2018
Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf*)	
Anpassung der Unterstützung während der ersten acht Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf*)	
Der Einzug der versorgten Person liegt bereits länger als 12 Monate zurück.	

\*Kurzzeitpflege

#### Plausibilitätskontrolle

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

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

#### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

### 4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

<b>Grund, Dauer und Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten in den letzten sechs Monaten:</b>
Die versorgte Person wurde innerhalb der letzten 6 Monate nicht in einem Krankenhaus behandelt.

#### Plausibilitätskontrolle

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

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

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:</b>
Bei der versorgten Person liegen keine psychischen Problemlagen oder herausfordernd erlebtes Verhalten vor.

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

**4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

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

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

Prüfbogen A

**P6**

Prüfung bei der versorgten Person - Allgemeine Angaben

**A. Angaben zur Prüfung**

1.	Auftragsnummer	230719VS14000145-000004023
2.	Datum	19.07.2023
3.	Uhrzeit	14:13
4.	Nummer Prüfbogen A	6

**B. Angaben zur versorgten Person**

1.	Name	P6
2.	Pflegekasse	Techniker
3.	Pflege-/Wohnbereich	3
4.	Geburtsdatum	**.**.1965
5.	Alter in Jahren	58
6.	Einzugsdatum	**..02.2023
7.	aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Amyotrophe Lateralsklerose, Bandscheibenvorfall mit Spondylose L4/L5, Spastische Paraparese
8.	personenbezogener Code (soweit vorhanden)	
9.	Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
10.	Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad
11.	Subgruppe	<input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C
12.	Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
13.	vorhandene Unterlagen	EDV-gestützte Dokumentation, Beiakte

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

### C. Anwesende Personen

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

## Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

### 1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

1. Beeinträchtigungen	Erläuterungen
<input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance	Die versorgte Person kann mit nach vorne gebeugtem Oberkörper mit Halt stehen und gehen. Kann am Rollator einige Schritte laufen. Bewegt sich außerhalb des Zimmers mit dem Rollstuhl oder Elektrorollstuhl.
<input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen	Die versorgte Person ist beim Treppensteigen überwiegend unselbstständig. Sie benötigt Stützung oder festen Halt durch eine Pflegeperson.
<input checked="" type="checkbox"/> Beweglichkeit der Extremitäten	Alle Gelenke sind leicht in der Beweglichkeit eingeschränkt. Die Kniegelenke können nicht vollständig gestreckt werden. Je nach Tagesform und aktuellem Muskeltonus ist die Beweglichkeit verändert.
<input checked="" type="checkbox"/> Kraft	Gesamte Kraftminderung mit gleichzeitigem erhöhten Muskeltonus.
<b>2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung</b>	

Rollator, Rollstuhl, Elektrorollstuhl

### Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) keine Auffälligkeiten

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

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

## 1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

1. Gewicht	
aktuelles Gewicht	67,4
Gewicht vor drei Monaten	67,9
Gewicht vor sechs Monaten	67,1
Hinweise auf eine Gewichtsabnahme	
Größe (in cm)	178,0
aktueller BMI*	21,3
Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme	Bei der versorgten Person sind keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme vorhanden. Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme.

\* Body Mass Index

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

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

Bei der versorgten Person liegt keine künstliche Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung vor.

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

### 1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

<b>Kontinenz</b>	
Beeinträchtigungen der Harn- und Stuhlkontinenz	Hilfestellung beim Reinigen der Urinflasche.
Nutzung von	<input type="checkbox"/> suprapubischem Katheter <input type="checkbox"/> transurethralem Katheter <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten offen <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten geschlossen <input checked="" type="checkbox"/> Hilfsmitteln <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Sonstigem

Urinflasche

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

**1.4 Unterstützung bei der Körperpflege**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

Körperpflege	
Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im Bereich der Körperpflege	Bei der versorgten Person liegen keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im Bereich der Körperpflege vor.

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

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

**Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5**

An- bzw. Verordnungen und therapiebedingte Anforderungen	
Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen auflisten)	Medikamentengabe 3x täglich und bei Bedarf Inhalation mit Vaporisator, mit Cannabisblüten, selbstständig Unterschiedliche Injektionen s.c. in Übernahme, bei Bedarf Nasenspray bei Bedarf
Zusammenfassende Einschätzung der Selbständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen	Der Unterstützungsbedarf begründet sich in den motorischen Einschränkungen und Überforderung bei diversen Medikamenten.

## 2.1 Medikamentöse Therapie

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

Medikamentöse Therapie	
Informationen zur medikamentösen Therapie der versorgten Person (soweit verfügbar: Medikationsplan, Hinweise auf Neben-/ Wechselwirkungen, besondere ärztliche An- bzw. Verordnungen):	Regel- und Bedarfsmedikation, Sublingualtablette bei Bedarf, Morphininjektion bei Bedarf, Diverse Betäubungsmittel bei Bedarf, Nasenspray, Dosieraerosol, Schmerztropfen, Movicolpulver, Cannabisblütentherapie im Vaporisator (Valcanomedik von Vapormed), Diverse Psychopharmaka bei Luftnot und Angst

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) keine Auffälligkeiten <input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person
Defizit 1
Ein Bedarfsmedikament wurde nach Ablauf des Verfallsdatum verabreicht.
Am 23.02.2023 wurde das Medikament "Oxycodon 5mg" bei Bedarf bei akuten Schmerzen durch das SAPV-Team verordnet und geliefert. Die vorliegende Packung hat am 30.06.2023 das Verfallsdatum überschritten. Am 11.07.2023 wurde das Medikament letztmalig und somit nach Überschreitung des Verfallsdatums verabreicht. Die Einrichtung nimmt direkt Kontakt zum SAPV-Team auf, um das abgelaufene Betäubungsmittel einzutauschen.

## 2.2 Schmerzmanagement

### Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

### Informationserfassung

Schmerzmanagement
-------------------

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

**Dauermedikation:**

Cannabisblüten im Vaporisator-Inhalat in Selbstverwaltung ohne Mengenbeschränkung.

**Bedarfsmedikation:**

Oxycodon 10/5 mg Retard Tabletten bis zu 2x1

Oxycodon 5 mg Hartkapseln bis zu 6x1

Ibuprofen 600 mg bis zu 2x1

Novaminsulfon Tropfen 500 mg/ml bis zu 4x 30 Tropfen

Morphin 10 mg/ml Injektion bis zu 4x1 ml s.c.

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

A) keine Auffälligkeiten <input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person
Defizit 1
Ein Schmerzmedikament wurde verabreicht, nachdem das Verfallsdatum überschritten war.
Am 23.02.2023 wurde das Medikament "Oxycodon 5mg" bei Bedarf bei akuten Schmerzen durch das SAPV-Team verordnet. Die vorliegende Packung hat am 30.06.2023 das Verfallsdatum überschritten. Am 11.07.2023 wurde das Medikament letztmalig und somit nach Überschreitung des Verfallsdatums verabreicht. Es wurde "Aufgrund von starken Schmerzen" laut Pflegebericht verabreicht. Die versorgte Person erhält somit nicht die erforderliche Unterstützung bei einer adäquaten Schmerztherapie.

**2.3 Wundversorgung**

**Qualitätsaussage**

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

**Informationserfassung**

Bei der versorgten Person liegen keine Wunden vor.

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

**2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

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

\*Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

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

**Qualitätsaussage**

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

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

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

### 3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

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

#### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

### 3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

<b>Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte</b>
--

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

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

**Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen**

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

**3.3 Nächtliche Versorgung**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

**Nächtlicher Unterstützungsbedarf:**

Bei der versorgten Person liegt kein nächtlicher Unterstützungsbedarf vor.

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

**Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen**

**4.1 Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>Unterstützung nach Einzug</b>	
Einzugsdatum	23.02.2023
Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf*)	31.03.2023
Anpassung der Unterstützung während der ersten acht Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf*)	

\*Kurzzeitpflege

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

**4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>Grund, Dauer und Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten in den letzten sechs Monaten:</b>
Seit dem 11.07.23 - bei Verdacht auf einen Apoplex (Entlass Diagnose: Unklarer Infekt).

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

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

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

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

##### Qualitätsaussage

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

##### Informationserfassung

**Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:**

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

##### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

#### 4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

##### Qualitätsaussage

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

##### Informationserfassung

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

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

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

##### Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

Prüfbogen A

P7

Prüfung bei der versorgten Person - Allgemeine Angaben

A. Angaben zur Prüfung

1.	Auftragsnummer	230719VS14000145-000004023
2.	Datum	19.07.2023
3.	Uhrzeit	11:56
4.	Nummer Prüfbogen A	7

B. Angaben zur versorgten Person

1.	Name	P7	
2.	Pflegekasse	AOK Rheinland/Hamburg	
3.	Pflege-/Wohnbereich	3	
4.	Geburtsdatum	**.**.1934	
5.	Alter in Jahren	88	
6.	Einzugsdatum	**.03.2023	
7.	aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Dementielles Syndrom, Verdacht auf Chronisch obstruktive Lungenerkrankung	
8.	personenbezogener Code (soweit vorhanden)		
9.	Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein
10.	Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad
11.	Subgruppe	<input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C	
12.	Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person)	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
13.	vorhandene Unterlagen	EDV-gestützte Pflegedokumentation.	

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

**C. Anwesende Personen**

1.	Name der Gutachterin oder des Gutachters:	Münch-Scheffler, Susanne
2.	Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung:	M1, M2
3.	Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung der Pflegeeinrichtung:	Wohnbereichsleitung, Qualitätsbeauftragte
4.	sonstige Personen (z. B. gesetzliche Betreuerin oder gesetzlicher Betreuer):	

**Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung**

**1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

1. Beeinträchtigungen	Erläuterungen
<input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance	Das Gehen erfolgt auf Zimmerebene frei, im Wohnbereich selbständig mit dem Rollator. Intermittierende Gleichgewichtsstörungen werden angegeben.
<input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen	Die versorgte Person kann die Treppe zwischen zwei Etagen überwiegend selbstständig steigen, benötigt aber Begleitung wegen Sturzrisikos.
<b>2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung</b>	
Rollator, Niederflurbett	

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

**1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>1. Gewicht</b>	
aktuelles Gewicht	67,9
Gewicht vor drei Monaten	71,3
Gewicht vor sechs Monaten	
Hinweise auf eine Gewichtsabnahme	Diuretika Gabe seit dem Einzug aufgrund von Ödemen.
Größe (in cm)	167,0
aktueller BMI*	24,3
Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme	Getränke in Reichweite stellen.  Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme.

\* Body Mass Index

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

Zustand der Sonde, Eintrittsstelle, Verband	
<input type="checkbox"/> subkutane Infusion	
<input type="checkbox"/> intravenöse Infusion	
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

### 1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

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

Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Zusammenhang mit Kontinenzverlust.

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

### 1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

Körperpflege	
Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im Bereich der Körperpflege	Die versorgte Person benötigt eine kleinschrittige Anleitung im Rahmen der Körperpflege. Übernahme von Rücken, Intimbereich, Beinen und Füßen. Das Duschen und Haarewaschen erfolgt in der Übernahme.

#### Plausibilitätskontrolle

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

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

#### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

#### Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5

An- bzw. Verordnungen und therapiebedingte Anforderungen	
Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen auflisten)	Medikamentengabe 2x täglich, Richten und Verabreichen. Physiotherapie 2x wöchentlich.
Zusammenfassende Einschätzung der Selbständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen	Der Unterstützungsbedarf begründet sich in den kognitiven Einschränkungen.

## 2.1 Medikamentöse Therapie

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

## 2.2 Schmerzmanagement

### Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

### Informationserfassung

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

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

### 2.3 Wundversorgung

#### Qualitätsaussage

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

#### Informationserfassung

Bei der versorgten Person liegen keine Wunden vor.

#### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

### 2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

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

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

Besondere ärztliche Anordnungen zu den oben genannten Bedarfslagen

Bei der versorgten Person liegen keine besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen vor.

\*Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## 2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

### Qualitätsaussage

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

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

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

### 3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

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

#### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

### 3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

<b>Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen <input type="checkbox"/> Ruhen und Schlafen <input checked="" type="checkbox"/> sich beschäftigen <input checked="" type="checkbox"/> in die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen <input type="checkbox"/> Interaktion mit Personen im direkten Kontakt <input checked="" type="checkbox"/> Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes
<b>Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen</b>
Die versorgte Person ist zeitlich, örtlich und situativ unscharf orientiert.
<b>Tagesablauf und Aktivitäten im Alltag der versorgten Person (nur zu erfassen bei Personen mit beeinträchtigter Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte):</b>
Vollständige Erinnerung und Motivation zu allen tageszeitlichen Aktivitäten. Die versorgte Person erhält an die Demenzerkrankung angepasste Beschäftigungsmöglichkeiten in Einzelbetreuung sowie in Kleingruppen. In die Zukunft gerichtete Planungen sowie die Kontaktpflege werden umfassend unterstützt.

#### Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

#### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

### 3.3 Nächtliche Versorgung

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

<b>Nächtlicher Unterstützungsbedarf:</b>
Begleitung zu Toilettengängen, Angebot Spätmahlzeit, Getränke in Reichweite stellen.

#### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

### Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

#### 4.1 Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

<b>Unterstützung nach Einzug</b>	
Einzugsdatum	08.03.2023
Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf*)	13.04.2023
Anpassung der Unterstützung während der ersten acht Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf*)	

\*Kurzzeitpflege

#### Plausibilitätskontrolle

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

**4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>Grund, Dauer und Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten in den letzten sechs Monaten:</b>
Die versorgte Person wurde innerhalb der letzten 6 Monate nicht in einem Krankenhaus behandelt.

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

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

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:</b>
Bei der versorgten Person liegen keine psychischen Problemlagen oder herausfordernd erlebtes Verhalten vor.

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

#### 4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

##### Qualitätsaussage

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

##### Informationserfassung

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

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

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

##### Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

##### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

Prüfbogen A

**P8**

Prüfung bei der versorgten Person - Allgemeine Angaben

**A. Angaben zur Prüfung**

1.	Auftragsnummer	230719VS14000145-000004023
2.	Datum	19.07.2023
3.	Uhrzeit	11:50
4.	Nummer Prüfbogen A	8

**B. Angaben zur versorgten Person**

1.	Name	P8
2.	Pflegekasse	AOK Rheinland/Hamburg
3.	Pflege-/Wohnbereich	3
4.	Geburtsdatum	**.**.1957
5.	Alter in Jahren	65
6.	Einzugsdatum	*.*.07.2023
7.	aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Alkoholabhängigkeitssyndrom, Anus praeter bei Kolonkarzinom, Multifaktorielle Gangstörung
8.	personenbezogener Code (soweit vorhanden)	
9.	Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
10.	Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad
11.	Subgruppe	<input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C
12.	Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
13.	vorhandene Unterlagen	EDV-gestützte Pflegedokumentation.

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

### C. Anwesende Personen

1.	Name der Gutachterin oder des Gutachters:	Münch-Scheffler, Susanne
2.	Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung:	M1, M2
3.	Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung der Pflegeeinrichtung:	Wohnbereichsleitung, Qualitätsbeauftragte
4.	sonstige Personen (z. B. gesetzliche Betreuerin oder gesetzlicher Betreuer):	

## Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

### 1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

1. Beeinträchtigungen	Erläuterungen
<input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance	Die versorgte Person ist rollstuhlmobil, kann kurz frei stehen, wenige Schritte abstützend gehen.
<input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen	Die versorgte Person ist beim Treppensteigen unselbstständig. Sie muss getragen oder mit Hilfsmittel transportiert werden.
2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung	
Rollstuhl, Niederflurbett	

#### Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

**1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>1. Gewicht</b>	
aktuelles Gewicht	64,9
Gewicht vor drei Monaten	
Gewicht vor sechs Monaten	
Hinweise auf eine Gewichtsabnahme	Keine Hinweise auf eine Gewichtsabnahme.
Größe (in cm)	176,0
aktueller BMI*	21,0
Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme	Bei der versorgten Person sind keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme vorhanden. Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme.

\* Body Mass Index

<b>2. Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme:</b>	
<input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde	<input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus
Flüssigkeit ml/24 h + Flussrate	
Zustand der Sonde, Eintrittsstelle, Verband	
<input type="checkbox"/> subkutane Infusion	
<input type="checkbox"/> intravenöse Infusion	

<input type="checkbox"/> Hilfsmittel	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

Bei der versorgten Person liegt keine künstliche Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung vor.

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

### 1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

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

Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Zusammenhang mit Kontinenzverlust.

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

### 1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

<b>Körperpflege</b>
---------------------

Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im Bereich der Körperpflege	Die versorgte Person ist bei der täglichen Körperpflege überwiegend selbständig. Das Duschen und Haarewaschen wird umfassend unterstützt.
--	---

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

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

**Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5**

An- bzw. Verordnungen und therapiebedingte Anforderungen	
Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen auflisten)	Medikamentengabe 3x täglich, Richten bereitstellen Insulininjektionen 3x täglich, Übernahme Blutzuckerkontrolle 3x täglich, Übernahme
Zusammenfassende Einschätzung der Selbständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen	Der Unterstützungsbedarf begründet sich in Überforderung in komplexen Situationen.

**2.1 Medikamentöse Therapie**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

Medikamentöse Therapie
------------------------

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

**2.2 Schmerzmanagement**

**Qualitätsaussage**

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

**Informationserfassung**

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

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

**2.3 Wundversorgung**

**Qualitätsaussage**

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

**Informationserfassung**

Bei der versorgten Person liegen keine Wunden vor.
--

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

**2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

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

\*Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

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

**Qualitätsaussage**

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

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

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

#### 3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

##### Qualitätsaussage

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

##### Informationserfassung

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

##### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

#### 3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation

##### Qualitätsaussage

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

**Informationserfassung**

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

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

**3.3 Nächtliche Versorgung**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>Nächtlicher Unterstützungsbedarf:</b>
Bei der versorgten Person liegt kein nächtlicher Unterstützungsbedarf vor.

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

## Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

### 4.1 Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

<b>Unterstützung nach Einzug</b>	
Einzugsdatum	12.07.2023
Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf*)	
Anpassung der Unterstützung während der ersten acht Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf*)	Unterstützung in der Eingewöhnungsphase ist nachvollziehbar.

\*Kurzzeitpflege

#### Plausibilitätskontrolle

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

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

#### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

### 4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

<b>Grund, Dauer und Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten in den letzten sechs Monaten:</b>
Die versorgte Person wurde innerhalb der letzten 6 Monate nicht in einem Krankenhaus behandelt.

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

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

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:</b>
Bei der versorgten Person liegen keine psychischen Problemlagen oder herausfordernd erlebtes Verhalten vor.

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

**4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

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

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

Prüfbogen A

P9

Prüfung bei der versorgten Person - Allgemeine Angaben

A. Angaben zur Prüfung

1.	Auftragsnummer	230719VS14000145-000004023
2.	Datum	19.07.2023
3.	Uhrzeit	12:20
4.	Nummer Prüfbogen A	9

B. Angaben zur versorgten Person

1.	Name	P9
2.	Pflegekasse	AOK Rheinland/Hamburg
3.	Pflege-/Wohnbereich	3
4.	Geburtsdatum	**.**.1948
5.	Alter in Jahren	75
6.	Einzugsdatum	**..06.2020
7.	aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Chronische Schmerzen, Degeneratives LWS-Syndrom, Depressive Verstimmung, Diabetes mellitus, Diabetische Retinopathie, Diabetisches Fußsyndrom, Gangunsicherheit, Urininkontinenz
8.	personenbezogener Code (soweit vorhanden)	000088
9.	Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10.	Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad
11.	Subgruppe	<input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B <input checked="" type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C
12.	Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

13.	vorhandene Unterlagen	EDV-gestützte Pflegedokumentation.
14.	Kurzzeitpflegegast	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein

**C. Anwesende Personen**

1.	Name der Gutachterin oder des Gutachters:	Münch-Scheffler, Susanne
2.	Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung:	M1, M2
3.	Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung der Pflegeeinrichtung:	Wohnbereichsleitung, Qualitätsbeauftragte
4.	sonstige Personen (z. B. gesetzliche Betreuerin oder gesetzlicher Betreuer):	

**Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung**

**1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

1. Beeinträchtigungen	Erläuterungen
<input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance	Verlangsamtes Gangbild mit einer geringen Schritthöhe. Die versorgte Person nutzt innerhalb des Zimmers ihren Rollator. Außerhalb des Zimmers nutzt die versorgte Person den Elektrorollstuhl.
<input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen	Die versorgte Person ist beim Treppensteigen unselbstständig. Sie muss getragen oder mit Hilfsmittel transportiert werden.
<input checked="" type="checkbox"/> Kraft	Allgemein gemindert.
<b>2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung</b>	
Elektrorollstuhl, Rollator, Antidekubitussitzkissen, Weichlagerungsmatratze, Niederflurbett	

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

**1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>1. Gewicht</b>	
aktuelles Gewicht	87,2
Gewicht vor drei Monaten	88,3
Gewicht vor sechs Monaten	88,0
Hinweise auf eine Gewichtsabnahme	
Größe (in cm)	178,0
aktueller BMI*	27,5
Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme	Bei der versorgten Person sind keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme vorhanden. Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme.

\* Body Mass Index

<b>2. Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme:</b>	
<input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde	<input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus

Flüssigkeit ml/24 h + Flussrate	
Zustand der Sonde, Eintrittsstelle, Verband	
<input type="checkbox"/> subkutane Infusion	
<input type="checkbox"/> intravenöse Infusion	
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

Bei der versorgten Person liegt keine künstliche Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung vor.

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

### 1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

<b>Kontinenz</b>	
Beeinträchtigungen der Harn- und Stuhlkontinenz	Abhängig kompensierte Harninkontinenz, Stuhlkontinenz
Nutzung von	<input type="checkbox"/> suprapubischem Katheter <input type="checkbox"/> transurethralem Katheter <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten offen <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten geschlossen <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Sonstigem

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

**1.4 Unterstützung bei der Körperpflege**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>Körperpflege</b>	
Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im Bereich der Körperpflege	Die versorgte Person ist beim Waschen des vorderen Oberkörpers und der Körperpflege im Bereich des Kopfes überwiegend selbständig. Das Waschen des Rückens, des Intimbereichs, der Beine/Füße und das Duschen erfolgt in der Übernahme.

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

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

**Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5**

<b>An- bzw. Verordnungen und therapiebedingte Anforderungen</b>	
Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen auflisten)	Medikamentengabe 2x täglich, Richten und Bereitstellen. Wundversorgung alle 3 Tage, Übernahme.
Zusammenfassende Einschätzung der Selbständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen	Der Unterstützungsbedarf begründet sich in den psychischen Einschränkungen.

## 2.1 Medikamentöse Therapie

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

## 2.2 Schmerzmanagement

### Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

### Informationserfassung

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

Fentanyl- Pflaster 12 µg/h, alle 3 Tage.

### Plausibilitätskontrolle

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

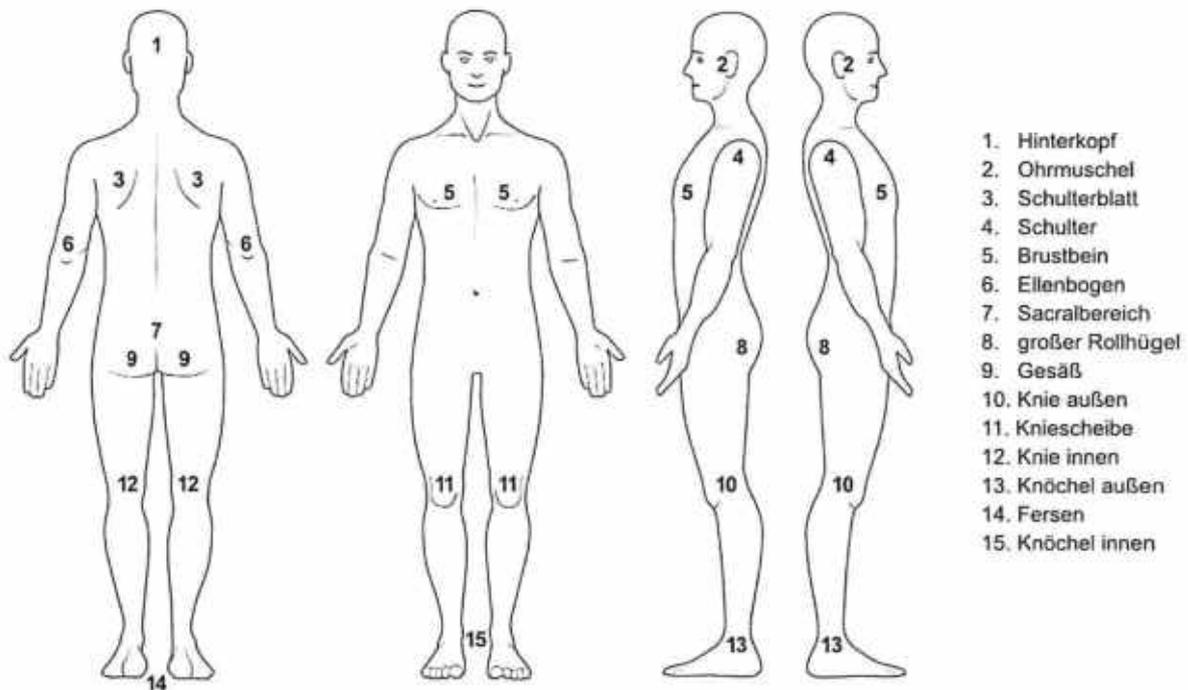
A) keine Auffälligkeiten <input checked="" type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

**2.3 Wundversorgung**

**Qualitätsaussage**

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

Informationserfassung



© Lisa Apfelbacher 2016

Wunde 1	Art	Dekubitus	Ulcus Cruris	Diabetisches Fußsyndrom	sonstige chronische Wunde	sonstige nicht chronische Wunde
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	Größe/Tiefe	1,0 cm H x 1,5 cm B x 0,0 cm T				
b.	Ort der Entstehung	<input checked="" type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung		<input type="checkbox"/> extern	<input type="checkbox"/> nicht nachvollziehbar	
c.	Datum der Entstehung	20.06.2023			<input type="checkbox"/> nicht nachvollziehbar	
d.	Lokalisation	Bitte Nummer laut Legende eintragen: 9			<input type="checkbox"/> links	<input checked="" type="checkbox"/> rechts
e.	Kategorie/Stadium	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b
f.	Umgebung	<input type="checkbox"/> weiß	<input type="checkbox"/> rosig	<input checked="" type="checkbox"/> gerötet	<input type="checkbox"/> feucht	<input type="checkbox"/> trocken
g.	Rand	<input type="checkbox"/> rosig	<input checked="" type="checkbox"/> rot	<input type="checkbox"/> weich	<input type="checkbox"/> hart	<input type="checkbox"/> schmerzhaft
h.	Exsudat	<input checked="" type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> viel	<input type="checkbox"/> klar	
i.	Wundgrund	<input checked="" type="checkbox"/> fest	<input type="checkbox"/> weich	<input type="checkbox"/> rosa	<input type="checkbox"/> rot	<input type="checkbox"/> gelb
j.	Nekrose	<input checked="" type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> feucht	<input type="checkbox"/> trocken	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> vollständig
k.	Geruch	<input checked="" type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> übel riechend			

Verwendete Materialien zur Wundversorgung	Comfeel Plus alle 2-3 Tage.
---	-----------------------------

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

## 2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

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

\*Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## 2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

### Qualitätsaussage

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

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

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

#### 3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

##### Qualitätsaussage

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

##### Informationserfassung

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

##### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

#### 3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation

##### Qualitätsaussage

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

Fähigkeiten werden in der Kommunikation, bei der Knüpfung und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte unterstützt.

### Informationserfassung

<b>Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte</b>
<input type="checkbox"/> Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen <input type="checkbox"/> Ruhen und Schlafen <input checked="" type="checkbox"/> sich beschäftigen <input checked="" type="checkbox"/> in die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen <input type="checkbox"/> Interaktion mit Personen im direkten Kontakt <input checked="" type="checkbox"/> Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes
<b>Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen</b>
Die versorgte Person ist zu allen Qualitäten orientiert. Die versorgte Person ist psychisch beeinträchtigt.
<b>Tagesablauf und Aktivitäten im Alltag der versorgten Person (nur zu erfassen bei Personen mit beeinträchtigter Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte):</b>
Überwiegend selbständige Beschäftigung im Rahmen der Tagesstruktur der Einrichtung, Motivation zur Teilnahme an Gruppenangeboten und Veranstaltungen in der Einrichtung. Einzelbetreuung. In die Zukunft gerichtete Planungen sowie die Kontaktpflege werden unterstützt.

### Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

### 3.3 Nächtliche Versorgung

#### Qualitätsaussage

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

**Informationserfassung**

Nächtlicher Unterstützungsbedarf:

Begleitung zu Toilettengängen, Angebot Spätmahlzeit.

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

A) keine Auffälligkeiten

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

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

**Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen**

**4.1 Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

**Unterstützung nach Einzug**

Einzugsdatum	25.06.2020
--------------	------------

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

Anpassung der Unterstützung während der ersten acht Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf*)	
--	--

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

\*Kurzzeitpflege

**Plausibilitätskontrolle**

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

keine Auffälligkeiten festgestellt

Auffälligkeit festgestellt (bitte angeben)

trifft nicht zu

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

## 4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

**Grund, Dauer und Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten in den letzten sechs Monaten:**

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

### Plausibilitätskontrolle

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

keine Auffälligkeiten festgestellt

Auffälligkeit festgestellt (bitte angeben)

trifft nicht zu

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

**Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:**

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## 4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

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

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

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

### Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt.

Prüfbogen C

Gesamtergebnis der Plausibilitätskontrolle

<b>Auffälligkeiten im Erhebungsreport</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> Auffälligkeit festgestellt	<input type="checkbox"/> kritischer Bereich (hier: ab drei Personen)

**Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung**

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

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

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

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

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

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

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

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

<b>Angaben zur Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte (3.2)</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> Auffälligkeit festgestellt	<input type="checkbox"/> kritischer Bereich

<b>Angaben zu den kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (3.2)</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> Auffälligkeit festgestellt	<input type="checkbox"/> kritischer Bereich

**Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen**

<b>Angaben zum Heimeinzug und zur Durchführung eines Integrationsgesprächs (4.1)</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> Auffälligkeit festgestellt	<input type="checkbox"/> kritischer Bereich
<b>Angaben zu Krankenhausaufenthalten (4.2)</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> Auffälligkeit festgestellt	<input type="checkbox"/> kritischer Bereich
<b>Angaben zur Anwendung von Gurten (4.4)</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> Auffälligkeit festgestellt	<input type="checkbox"/> kritischer Bereich
<b>Angaben zur Anwendung von Bettseitenteilen (4.4)</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> Auffälligkeit festgestellt	<input type="checkbox"/> kritischer Bereich