

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

Schwester Lisa Bergmann Haus	Medizinischer Dienst Hessen
Flehtdorfer Str.24	Fachbereich QP
34519 Diemelsee	Zimmersmühlenweg 23 · 61440 Oberursel
Prüfung am:	Gutachter:
09.04.2024	Krug, Marcel
	Händler, Christina
Gutachtendatum	Milberger, Dieter
15.04.2024	Carls, Alexandra (Einarbeitung)
Gutachten-Nr.:	231220-15-000003314
Auftrags-Nr.:	240409VS15000000-000003314

## Prüfmaßstab

- das Sozialgesetzbuch (SGB) XI,
- die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI für die vollstationäre Pflege und für die Kurzzeitpflege in der jeweils aktuellen Fassung,
- die 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 in der jeweils aktuellen Fassung sowie nachfolgend aufgeführte Prüfgrundlagen:
- der aktuelle Stand des Wissens
- die qualitätsrelevanten Inhalte der Verträge der Pflege- und der Krankenkassen mit der jeweiligen Pflegeeinrichtung
- die Rahmenverträge gemäß § 75 SGB XI für das Land Hessen
- die Richtlinien zur Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 und Absatz 7 Nr. 1 SGB V
- die relevanten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nach § 23 Absatz 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG).

## 1. Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

### D. Angaben zur Einrichtung

1.	Auftragsnummer	240409VS15000000-000003314
1a.	DAS-Kennzeichen	182314
2.	Name	Schwester Lisa Bergmann Haus
3.	Straße	Flechtdorfer Str.24
4.	PLZ/Ort	34519 Diemelsee
5.	Institutionskennzeichen (IK)	1. 510604556
6.	Telefon	+49 5633991550
7.	Fax	+49 563399155406
8.	E-Mail	gabi.walther@diako-wafkb.de
9.	Internet-Adresse	www.diako-wafkb.de
10.	Träger/Inhaber	Altenhilfe Diemelsee gGmbH
11.	Trägerart	<input type="checkbox"/> privat <input checked="" type="checkbox"/> freigemeinnützig <input type="checkbox"/> öffentlich <input type="checkbox"/> nicht zu ermitteln
12.	ggf. Verband	
13.	Einrichtungsart	<input checked="" type="checkbox"/> vollstationär <input type="checkbox"/> solitäre Kurzzeitpflege
14.	Datum Abschluss Versorgungsvertrag	28.04.2022
15.	Datum Inbetriebnahme der stationären Pflegeeinrichtung	01.04.2022
16.	Name der Einrichtungsleitung	Gabriele Walther
17.	Name der verantwortlichen Pflegefachkraft	Sarah Stoewe, seit 01.03.2023
18.	Name der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft	Michele Nitzsche, seit 01.03.2023
19.	ggf. vorhandene Zweigstellen	
20.	Name der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS*	Sarah Stoewe
21.	E-Mail der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS*	sarah.stoewe@diako-wafkb.de

\*Datenclearingstelle

**E. Angaben zur Prüfung**

1.	Auftraggeber/zuständiger Landesverband der Pflegekassen	<input checked="" type="checkbox"/> AOK <input type="checkbox"/> BKK <input 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: 09.04.2024	bis: 09.04.2024
4.	Uhrzeit 1. Tag	von: 09:00 Uhr	bis: 15:05 Uhr
5.	Gesprächspartnerin oder Gesprächspartner der stationären Pflegeeinrichtung	Gabriele Walther, Einrichtungsleitung Sarah Stoewe, verantwortliche Pflegefachkraft (Schwester Lisa Bergmann Haus) Helga Schremser, verantwortliche Pflegefachkraft (Landehospital Flechtdorf) Michele Nitzsche, stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft Tatjana Gomma, Pflegefachkraft Natascha Raabe, Pflegefachkraft Roswitha Sauer, Mitarbeitende der sozialen Betreuung	
6.	Prüferin oder Prüfer	Krug, Marcel Händler, Christina Milberger, Dieter Carls, Alexandra (Einarbeitung)	
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 type="checkbox"/> Sonstige: welche?		

**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	
6.	Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen	Datum
	<input type="checkbox"/> nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde	
	<input checked="" type="checkbox"/> Gesundheitsamt	22.08.2023
	<input checked="" type="checkbox"/> Sonstige	14.09.2023
	<input type="checkbox"/> keine Angaben	

Die Qualitätsprüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI erfolgte erstmalig aufgrund der Neuzulassung. Die oben aufgeführte sonstige Überprüfung einer anderen Prüfinstitution bezieht sich auf eine Arbeits- und Sicherheitsschutzüberprüfung durch das Regierungspräsidium Kassel.

### G. Art der Einrichtung und Versorgungssituation

	Vollstationäre Pflege		Kurzzeitpflege
vorgehaltene Plätze	48		0
	vollstationäre Pflege (Langzeit):	eingestreuete Kurzzeitpflege:	
belegte Plätze	43	1	0

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

			davon nach SGB XI eingestuft in Pflegegrad					
Wohn-/Pflegebereich	Bereich auf einer Ebene	Anzahl versorgte Personen	kein Pflegegrad	1	2	3	4	5
Diemelsteig (EG)	ja	22	0	0	5	12	4	1
Diemelsee (OG)	ja	22	0	0	4	8	8	2
<b>Summe</b>		<b>44</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>20</b>	<b>12</b>	<b>3</b>

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

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

6.	Fixierung	0
7.	Kontraktur	11
8.	vollständiger Immobilität	1
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 38,5 (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					1
stellv. verantwortliche Pflegefachkraft	1					1
Altenpfleger/in	4	1	30,0			5,3
		1	20,0			
Gesundheits- und Krankenpfleger/in		2	30,0	4	6,67	2,25
Altenpflegehelfer/in		1	33,0			2,29
		1	30,0			
		1	25,0			
angelernte Kräfte		3	30,0	3	9,5	3,73
		1	25,0			
Auszubildende	1					1
<b>Betreuung</b>						
Ergotherapeut/in Beschäftigungstherapeut/in		1	17,5			0,45
zusätzliche Betreuungskräfte nach § 43b SGB XI		1	30,0			1,43
		1	25,0			
<b>Hauswirtschaftliche Versorgung</b>						
hauswirtschaftliche Fachkräfte (2-3-jährige Ausbildung oder Studium)		2	19,5			1

Funktion/Qualifikation	Vollzeit 38,5 (Std./Woche)	Teilzeit		Geringfügig Beschäftigte		Gesamt- stellen in Vollzeit
	Anzahl MA	Anzahl MA	Stellen- umfang (Std./Woche)	Anzahl MA	Stellen- umfang (Std./Woche)	
Hilfskräfte und angelernte Kräfte		1	27,0	3	9,9	5
		4	25,0	4	8,5	
				1	4,5	

Die unter D bis J getroffenen Angaben wurden den Selbstauskünften der Einrichtung entnommen.

## 2. Allgemeine Informationen zur Prüfung

In diesem Kapitel sind die wichtigsten Feststellungen in zusammenfassender Form wiedergegeben. Die Empfehlungen zur Beseitigung vorgefundener Qualitätsdefizite bzw. der Anforderungen, welche sich hieraus ergeben, sind aufgeführt. Detaillierte Ergebnisse, insbesondere zu den einzelnen versorgten Personen, sind in den Anlagen zum Prüfbericht beschrieben.

Der Ablauf der Qualitätsprüfung wurde zu Beginn der Prüfung mit den Gesprächspartnern der Einrichtung abgestimmt und die Interessenvertretung der versorgten Personen über die Prüftätigkeit in Kenntnis gesetzt. Erforderliche Daten zur einrichtungsinternen Organisation sowie zum Qualitätsmanagement wurden entsprechend der Angaben der Einrichtung erhoben, erforderliche Unterlagen wurden zur Verfügung gestellt. Die Einrichtungsvertreter wurden darauf hingewiesen, dass nur die im Rahmen der Prüfung vorgelegten Unterlagen bewertet werden. Auf den beratungsorientierten Prüfansatz wurde verwiesen.

Die in die Prüfung einzubeziehenden versorgten Personen wurden anhand der Vorgaben der aktuell gültigen Qualitätsprüfungs-Richtlinien [QPR] ausgewählt.

Die Qualitätsprüfung fand in einer kooperativen, offenen und freundlichen Atmosphäre statt. Einsicht in alle erforderlichen Unterlagen wurde gewährt. Die Einwilligung und Aufklärung der versorgten Personen nach § 114a Absatz 3a SGB XI wurde nach Bekanntgabe der Einbeziehung der in Augenschein zu nehmenden Personen in die Qualitätsprüfung erklärt. Bei versorgten Personen, die nicht einwilligungsfähig waren, wurde die Einwilligung nach Aufklärung durch eine hierzu berechnigte Person eingeholt. Die Einwilligung zur Teilnahme wurde schriftlich dokumentiert.

Zum Zeitpunkt der Qualitätsprüfung befanden sich alle begutachteten versorgten Personen in einem guten Pflegezustand.

Im Rahmen der Beurteilung der personenbezogenen Versorgung (Qualitätsbereiche 1 bis 4) wurden Auffälligkeiten und Defizite festgestellt. Im Bereich der Beurteilung auf der Einrichtungsebene (Qualitätsbereich 5) wurden Defizite festgestellt. Der Qualitätsbereich 6 stellte sich mangelfrei dar.

In die Stichprobe zur Qualitätsprüfung wurden insgesamt 7 versorgte Personen einbezogen.

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

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

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

Anzahl der Bewohner, die keiner Subgruppe zugeordnet waren: 1

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

Das Abschlussgespräch fand am 09.04.2024 in der Einrichtung statt.

Von Seiten des Medizinischen Dienstes Hessen wurde zunächst für die Kooperation der Einrichtungsvertreter gedankt. Unter Würdigung der positiven Eindrücke des Besuches wurden die

wesentlichen Ergebnisse der Prüfung zusammenfassend dargestellt. Die fachlichen Stärken der Einrichtung wurden seitens des Prüfteams besonders hervorgehoben.

Die Einrichtungsvertreter waren aufgeschlossen gegenüber der Beratung des Prüfteams und äußerten keine abweichenden Meinungen zu dem Ergebnis.

Während des Abschlussgespräches wurde gemeinsam mit den Einrichtungsvertretern die Einleitung und Umsetzung der Maßnahmen als Grundlage der Empfehlung an die Verbände der Pflegekassen besprochen. Aus pflegfachlicher Sicht hat der Medizinische Dienst Hessen die Einrichtung aufgefordert, mit der Umsetzung aller Maßnahmen unverzüglich zu beginnen.

Der Medizinische Dienst Hessen steht für Nachfragen unter [pvquali\\_kassel@md-hessen.de](mailto:pvquali_kassel@md-hessen.de) weiterhin zur Verfügung.

### 3. Gesamtbeurteilung der personenbezogenen Versorgung

#### Gesamtübersicht der Stichprobe zur Qualitätsprüfung und Bewertung der Qualitätsaspekte

Hinweis: Mehrfachnennungen der Bewertungen sind möglich

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	7	6: P1, P3, P4, P5, P6, P7	0	1: P2	0
Qualitätsaspekt 1.2	5	5: P1, P2, P3, P4, P5	0	0	0
Qualitätsaspekt 1.3	6	5: P1, P2, P4, P5, P7	0	1: P6	0
Qualitätsaspekt 1.4	7	7: P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7	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	7	5: P1, P2, P3, P5, P7	1: P4	1: P6	0
Qualitätsaspekt 2.2	2	1: P5	0	1: P7	0
Qualitätsaspekt 2.3	0	0	0	0	0
Qualitätsaspekt 2.4	0	0	0	0	0



<b>Qualitätsbereiche und -aspekte</b>	<b>Anzahl der Personen insgesamt, bei denen der Qualitätsaspekt geprüft wurde</b>	<b>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>			
Qualitätsaspekt 2.5		<b>Auffälligkeiten</b> , die für die Beratung der Pflegeeinrichtung relevant sind	<b>Defizite</b> , 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	4	4: P1, P2, P4, P5	0	0	0
Qualitätsaspekt 3.2	7	6: P1, P2, P3, P4, P5, P6	0	1: P7	0
Qualitätsaspekt 3.3	6	5: P1, P4, P5, P6, P7	0	1: P2	0
<b>Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen</b>					
		A)	B)	C)	D)
Qualitätsaspekt 4.1	4	4: P2, P3, P5, P6	0	0	0
Qualitätsaspekt 4.2	2	2: P1, P6	0	0	0
Qualitätsaspekt 4.3	0	0	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 7 der 7 in die Qualitätsprüfung einbezogenen Personen geprüft.

<b>A) keine Auffälligkeiten</b>
P1, P3, P4, P5, P6, P7

<b>B) Auffälligkeiten</b> (bitte erläutern)	
<b>C) Defizit mit Risiko negativer Folgen</b> (bitte erläutern und bewerten)	Anzahl versorgte Personen
P2: Die versorgte Person erhält keine bedarfsgerechte Unterstützung im Bereich der Mobilität und – sofern noch individuelle Ressourcen vorhanden sind und es ihren Bedürfnissen entsprach – zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität. Dies betrifft die fehlende Dekubitusprophylaxe sowie die fehlende Maßnahmenplanung hinsichtlich der druckentlastenden Positionsveränderungen.	1
<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 7 in die Qualitätsprüfung einbezogenen Personen geprüft.

<b>A) keine Auffälligkeiten</b>	
P1, P2, P3, P4, P5	
<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 7 in die Qualitätsprüfung einbezogenen Personen geprüft.

<b>A) keine Auffälligkeiten</b>	
P1, P2, P4, P5, P7	
<b>B) Auffälligkeiten</b> (bitte erläutern)	
<b>C) Defizit mit Risiko negativer Folgen</b> (bitte erläutern und bewerten)	Anzahl versorgte Personen
P6: Die versorgte Person wird bei Kontinenzverlust nicht bedarfs- und bedürfnisgerecht unterstützt. Dies betrifft die fehlende Maßnahmenplanung zum Pantswechsel.	1

<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 7 der 7 in die Qualitätsprüfung einbezogenen Personen geprüft.

<b>A) keine Auffälligkeiten</b>	
P1, P2, P3, P4, P5, P6, 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

## 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 7 der 7 in die Qualitätsprüfung einbezogenen Personen geprüft.

<b>A) keine Auffälligkeiten</b>	
P1, P2, P3, P5, P7	
<b>B) Auffälligkeiten</b> (bitte erläutern)	
P4: Es besteht eine Auffälligkeit in Bezug auf ein aktuell nicht vorrätiges Bedarfsmedikament.	
<b>C) Defizit mit Risiko negativer Folgen</b> (bitte erläutern und bewerten)	Anzahl versorgte Personen
P6: Die versorgte Person wird im Zusammenhang mit der Medikation nicht fachgerecht unterstützt. Das betrifft die Dokumentation ärztlich verordneter Medikamente.	1
<b>D) Defizit mit negativen Folgen</b> (bitte erläutern und bewerten)	Anzahl versorgte Personen

**2.2 Schmerzmanagement****Qualitätsaussage**

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

**Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite**
 entfällt

Der Qualitätsaspekt wurde bei 2 der 7 in die Qualitätsprüfung einbezogenen Personen geprüft.

<b>A) keine Auffälligkeiten</b>	
P5	
<b>B) Auffälligkeiten</b> (bitte erläutern)	
<b>C) Defizit mit Risiko negativer Folgen</b> (bitte erläutern und bewerten)	Anzahl versorgte Personen
P7: Die versorgte Person mit Schmerzen erhält kein fachgerechtes Schmerzmanagement. Das betrifft die fehlende Schmerzerfassung und Einleitung von nicht-medikamentösen Maßnahmen zur Schmerzlinderung.	1
<b>D) Defizit mit negativen Folgen</b> (bitte erläutern und bewerten)	Anzahl versorgte Personen

**2.3 Wundversorgung****Qualitätsaussage**

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

**Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite**
 entfällt
**2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen****Qualitätsaussage**

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

**Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite**
 entfällt
**2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen****Qualitätsaussage**

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

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

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

**Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite** entfällt

Der Qualitätsaspekt wurde bei 4 der 7 in die Qualitätsprüfung einbezogenen Personen geprüft.

<b>A) keine Auffälligkeiten</b>	
P1, P2, P4, P5	
<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

**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 7 der 7 in die Qualitätsprüfung einbezogenen Personen geprüft.

<b>A) keine Auffälligkeiten</b>	
P1, P2, P3, P4, P5, P6	
<b>B) Auffälligkeiten</b> (bitte erläutern)	
<b>C) Defizit mit Risiko negativer Folgen</b> (bitte erläutern und bewerten)	Anzahl versorgte Personen
P7: Der versorgten Person stehen keine Beschäftigungsmöglichkeiten zur Verfügung, die mit ihren Bedürfnissen in Einklang stehen. Sie wird bei der Nutzung dieser Möglichkeiten nicht unterstützt. Dies betrifft das Angebot von Einzelbetreuung bei eingeschränkter Fähigkeit zur Teilnahme an Gruppenangeboten.	1
<b>D) Defizit mit negativen Folgen</b> (bitte erläutern und bewerten)	Anzahl versorgte Personen

**3.3 Nächtliche Versorgung****Qualitätsaussage**

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

**Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite** entfällt

Der Qualitätsaspekt wurde bei 6 der 7 in die Qualitätsprüfung einbezogenen Personen geprüft.

<b>A) keine Auffälligkeiten</b>	
P1, P4, P5, P6, P7	

<b>B) Auffälligkeiten</b> (bitte erläutern)	
<b>C) Defizit mit Risiko negativer Folgen</b> (bitte erläutern und bewerten)	Anzahl versorgte Personen
P2: Die Einrichtung leistet in der Nacht keine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung. Dies betrifft die fehlende Maßnahmenplanung in Bezug auf die Dekubitusprophylaxe sowie der Spätmahlzeit.	1
<b>D) Defizit mit negativen Folgen</b> (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 4 der 7 in die Qualitätsprüfung einbezogenen Personen geprüft.

<b>A) keine Auffälligkeiten</b>	
P2, P3, P5, P6	
<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

##### 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 7 in die Qualitätsprüfung einbezogenen Personen geprüft.

<b>A) keine Auffälligkeiten</b>	
P1, P6	
<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

### 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

### 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 einrichtungsinternen Organisation und des Qualitätsmanagements

### Qualitätsbereich 5: Bedarfsübergreifende fachliche Anforderungen

#### 5.1 Abwehr von Risiken und Gefährdungen

##### Qualitätsaussage

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

<input type="checkbox"/> keine Defizite festgestellt	<input checked="" type="checkbox"/> Defizite festgestellt (bitte angeben)
Im Rahmen der Prüfung finden sich in der Einrichtung Defizite in Bezug auf eine fachgerechte Risikoeinschätzung und der damit verbundenen Maßnahmenplanung sowie in der Umsetzung der geplanten Maßnahmen.	
<b>1.1</b> P2 P3 <b>1.3</b> P6 <b>1.4</b> P3 <b>2.1</b> P6 <b>2.2</b> P7 <b>3.3</b> P2	

## 5.2 Biografieorientierte Unterstützung

### Qualitätsaussage

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

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

## 5.3 Einhaltung von Hygieneanforderungen

### Qualitätsaussage

Grundlegende Hygieneanforderungen werden eingehalten und umgesetzt.

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

## 5.4 Hilfsmittelversorgung

### Qualitätsaussage

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

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

## 5.5 Schutz von Persönlichkeitsrechten und Unversehrtheit

### Qualitätsaussage

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

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

## Qualitätsbereich 6: Einrichtungsinterne Organisation und Qualitätsmanagement

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

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft und ihrer Stellvertretung in dieser Pflegeeinrichtung (wöchentlicher Stundenumfang)	verantwortliche Pflegefachkraft: 38,5 Stunden / Woche stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft: 38,5 Stunden / Woche
Stundenumfang, in dem die verantwortliche Pflegefachkraft und ihre Stellvertretung in der Pflege tätig sind	verantwortliche Pflegefachkraft: mit 12,0 Stunden / Woche in der direkten Pflege tätig stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft: mit 38,5 Stunden / Woche in der direkten Pflege tätig



**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

Qualitätsdefizite, die bei der letzten externen Prüfung festgestellt wurden oder danach auftraten	Externe Prüfungen, in denen pflegfachliche Defizite festgestellt wurden, sind bisher nicht durchgeführt worden, da es sich bei der Einrichtung um eine Neuzulassung handelt.
Interne Maßnahmen zur Identifizierung etwaiger Qualitätsdefizite	<p>Durch die Einrichtung werden nachfolgend exemplarisch aufgeführte Maßnahmen zur Identifizierung von Qualitätsdefiziten umgesetzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewohnerbefragung</li> <li>• Beschwerdemanagement</li> <li>• Hygienebegehungen</li> <li>• Regelung von Verantwortlichkeiten</li> <li>• Bezugspflege</li> <li>• Pflegevisiten</li> <li>• Einarbeitungen</li> <li>• Teamgespräche</li> <li>• Durchführung von externen Audits</li> <li>• Qualitätszirkel In der Einrichtung wird zur Qualitätssicherung u.a. der PDCA-Zyklus angewendet (Plan-Do-Check-Act Methode).</li> </ul>
Aktuelle Maßnahmen zur Behebung von Qualitätsdefiziten	<p>Folgende Maßnahmen werden durch die Einrichtung exemplarisch zur Behebung von Qualitätsdefiziten umgesetzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Information der Mitarbeiter über festgestellte Defizite und Vereinbarung von Maßnahmen</li> <li>• Schulungen, z.B. zum Medikamentenmanagement, Schulungen im Bereich Expertenstandards</li> <li>• Prüfung durch die Apotheke im Bereich Medikamentenmanagement</li> <li>• Pflegevisiten</li> <li>• Fallbesprechung</li> <li>• Teamgespräche</li> <li>• Gespräche mit Angehörigen und versorgten Personen</li> <li>• Bezugspflege</li> </ul> <p>Des Weiteren dienen die oben aufgeführten Maßnahmen zur Identifizierung von Qualitätsdefiziten gleichzeitig auch der Umsetzung zur Behebung von Qualitätsdefiziten</p>

#### Prüffragen

1. Werden geeignete Maßnahmen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements durchgeführt, um Qualitätsdefizite zu identifizieren?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. Werden Qualitätsdefizite systematisch bewertet und bei Bedarf bearbeitet?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.

3. Hat die Einrichtung geeignete Maßnahmen eingeleitet, um schlechte Versorgungsergebnisse (Qualitätsindikatoren) zu verbessern?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
4. Werden Maßnahmen zur Qualitätssicherung evaluiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> t.n.z.
5. Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Verfahren zur Identifizierung von Qualitätsproblemen einbezogen?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

## 5. Gesamtergebnis der Plausibilitätskontrolle

<b>Gesamtübersicht der Ergebnisse der Plausibilitätskontrolle des Erhebungsreports</b>			
<b>Anzahl der Personen insgesamt, bei denen der Erhebungsreport geprüft wurde</b>	<b>keine Auffälligkeiten</b>	<b>Auffälligkeit festgestellt</b>	<b>kritischer Bereich (ab drei Personen)</b>
0	0	0	Nein

<b>Eine Plausibilitätskontrolle auf der Ebene des Einzelfalls hat bei 6 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)	6 - P1, P2, P3, P4, P6, P7	0	Nein
Angaben zu gravierenden Sturzfolgen (1.1)	6 - P1, P2, P3, P4, P6, P7	0	Nein
Angaben zu Gewichtsverlust und zu den Faktoren, die das Gewicht beeinflussen (1.2)	6 - P1, P2, P3, P4, P6, P7	0	Nein
Angaben zur Selbstständigkeit bei der Selbstversorgung (1.4)	6 - P1, P2, P3, P4, P6, P7	0	Nein
<b>Qualitätsbereich 2: Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen</b>			
Angaben zum Thema Schmerz (2.2)	6 - P1, P2, P3, P4, P6, P7	0	Nein
Angaben zur Dekubitusentstehung (2.3)	6 - P1, P2, P3, P4, P6, P7	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)	6 - P1, P2, P3, P4, P6, P7	0	Nein
Angaben zu den kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (3.2)	6 - P1, P2, P3, P4, P6, P7	0	Nein
<b>Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen</b>			
Angaben zum Heimeinzug und zur Durchführung eines Integrationsgesprächs	6 - P1, P2, P3, P4, P6, P7	0	Nein

Eine Plausibilitätskontrolle auf der Ebene des Einzelfalls hat bei 6 versorgten Personen stattgefunden.			
Gesamtübersicht der Ergebnisse der Plausibilitätskontrolle auf der Ebene des Einzelfalls			
Ergebnisindikatoren	Anzahl der Personen insgesamt, bei denen keine Auffälligkeiten festgestellt wurden	Anzahl der Personen insgesamt, bei denen Auffälligkeiten festgestellt wurden	Kritischer Bereich (ab zwei Personen)
(4.1)			
Angaben zu Krankenhausaufenthalten (4.2)	6 - P1, P2, P3, P4, P6, P7	0	Nein
Angaben zur Anwendung von Gurten (4.4)	6 - P1, P2, P3, P4, P6, P7	0	Nein
Angaben zur Anwendung von Bettseitenteilen (4.4)	6 - P1, P2, P3, P4, P6, P7	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>				
1.1	P2	C	<p><b>Feststellung:</b> Die versorgte Person erhält keine 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. Dies betrifft die fehlende Dekubitusprophylaxe sowie die fehlende Maßnahmenplanung hinsichtlich der druckentlastenden Positionsveränderungen.</p> <p><b>Maßnahme:</b> Versorgte Personen müssen eine 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 erhalten.</p>	2 Wochen

Qualitätsaspekt	Person	Bewertung	Feststellung Maßnahme	Fristvorschlag
1.3	P6	C	<p><b>Feststellung:</b></p> <p>Die versorgte Person wird bei Kontinenzverlust nicht bedarfs- und bedürfnisgerecht unterstützt. Dies betrifft die fehlende Maßnahmenplanung zum PANTSWECHSEL.</p> <p><b>Maßnahme:</b></p> <p>Versorgte Personen müssen bei Kontinenzverlust bedarfs- und bedürfnisgerecht unterstützt werden.</p>	2 Wochen
<b>Qualitätsbereich 2: Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen</b>				
2.1	P6	C	<p><b>Feststellung:</b></p> <p>Die versorgte Person wird im Zusammenhang mit der Medikation nicht fachgerecht unterstützt. Das betrifft die Dokumentation ärztlich verordneter Medikamente.</p> <p><b>Maßnahme:</b></p> <p>Versorgte Personen müssen im Zusammenhang mit der Medikation fachgerecht unterstützt werden.</p>	2 Wochen
2.2	P7	C	<p><b>Feststellung:</b></p> <p>Die versorgte Person mit Schmerzen erhält kein fachgerechtes Schmerzmanagement. Das betrifft die fehlende Schmerzerfassung und Einleitung von nicht-medikamentösen Maßnahmen zur Schmerzlinderung.</p> <p><b>Maßnahme:</b></p> <p>Versorgte Personen mit Schmerzen müssen ein fachgerechtes Schmerzmanagement erhalten.</p>	2 Wochen
<b>Qualitätsbereich 3: Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte</b>				

Qualitätsaspekt	Person	Bewertung	Feststellung Maßnahme	Fristvorschlag
3.2	P7	C	<p><b>Feststellung:</b></p> <p>Der versorgten Person stehen keine Beschäftigungsmöglichkeiten zur Verfügung, die mit ihren Bedürfnissen in Einklang stehen. Sie wird bei der Nutzung dieser Möglichkeiten nicht unterstützt. Dies betrifft das Angebot von Einzelbetreuung bei eingeschränkter Fähigkeit zur Teilnahme an Gruppenangeboten.</p> <p><b>Maßnahme:</b></p> <p>Versorgten Personen müssen dabei unterstützt werden eine ihren Bedürfnissen und Beeinträchtigungen entsprechende Tagesstruktur zu entwickeln und umzusetzen.</p>	2 Wochen
3.3	P2	C	<p><b>Feststellung:</b></p> <p>Die Einrichtung leistet in der Nacht keine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung. Dies betrifft die fehlende Maßnahmenplanung in Bezug auf die Dekubitusprophylaxe sowie der Spätmahlzeit.</p> <p><b>Maßnahme:</b></p> <p>Die Einrichtung muss auch in der Nacht eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung leisten.</p>	2 Wochen
<b>Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen</b>				



**Einrichtungsbezogene Empfehlungen**

Qualitätsaspekt	Feststellung Maßnahme	Fristvorschlag
5.1	<p><b>Feststellung:</b></p> <p>Im Rahmen der Prüfung finden sich in der Einrichtung Defizite in Bezug auf eine fachgerechte Risikoeinschätzung und der damit verbundenen Maßnahmenplanung sowie in der Umsetzung der geplanten Maßnahmen.</p> <p><b>Maßnahme:</b></p> <p>Gesundheitliche Risiken und Gefährdungen der versorgten Personen müssen zuverlässig eingeschätzt werden. Entsprechend der individuellen Risikosituation müssen Maßnahmen zur Reduzierung von Risiken und zur Vermeidung von Gefährdungen unter Beachtung der Bedürfnisse der versorgten Person geplant und umgesetzt werden.</p>	4 Wochen

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

**Verantwortlich für das Gutachten:**

15.04.2024, Krug, Marcel

**Anlagen zum Prüfbericht**

- Prüfbogen A
- Prüfbogen C

## Prüfbogen A

### P1

### Prüfung bei der versorgten Person - Allgemeine Angaben

#### A. Angaben zur Prüfung

1.	Auftragsnummer	240409VS15000000-000003314
2.	Datum	09.04.2024
3.	Uhrzeit	09:41
4.	Nummer Prüfbogen A	1

#### B. Angaben zur versorgten Person

1.	Name	P1
2.	Pflegekasse	AOK Nordwest
3.	Pflege-/Wohnbereich	Diemelsteig
4.	Geburtsdatum	**.**.*.1955
5.	Alter in Jahren	68
6.	Einzugsdatum	**.**.01.2023
7.	aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• generalisierte Epilepsie</li> <li>• koronare Herzkrankheit</li> <li>• Erblindung durch Makuladegeneration und Katarakt</li> </ul>
8.	personenbezogener Code (soweit vorhanden)	000042
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 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 checked="" type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C
12.	Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
13.	vorhandene Unterlagen	Pflegedokumentation

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

### C. Anwesende Personen

1.	Name der Gutachterin oder des Gutachters:	Händler, Christina
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	Zum Aufstehen ist personelle Hilfe erforderlich.
<input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance	Unter Zuhilfenahme des Rollators und gleichzeitiger personeller Begleitung ist die versorgte Person gehfähig. Außerhalb der Einrichtung besteht passive Rollstuhlmobilität.
<input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen	Nicht möglich.
2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rollator</li> <li>• Rollstuhl</li> </ul>	

#### 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	61,2
Gewicht vor drei Monaten	62,6
Gewicht vor sechs Monaten	61,6
Hinweise auf eine Gewichtsabnahme	
Größe (in cm)	160,0
aktueller BMI*	23,9
Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme	<p>Bedingt durch die Blindheit wird die Anordnung der Speisen auf dem Teller „im Uhrzeigersinn“ beschrieben, das heißt anhand der Einteilung auf dem Ziffernblatt. Getränke stehen immer auf dem selben Platz. Die Speisen werden mundgerecht vorbereitet.</p> <p>Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme.</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
Nahrung kcal/24 h + Flussrate	
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	Es besteht eine abhängig erreichte Kontinenz. Begleitung zu Toilettengängen ist erforderlich.
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

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

<b>D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person</b>
---

**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 benötigten Utensilien müssen einen festen Platz haben. Unterstützungsbedarf besteht bei der Versorgung des Unterkörpers und 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**

<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>

## 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
Zusammenfassende Einschätzung der Selbständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen	Therapiebedingte Anforderungen können aufgrund der Erblindung nicht eigenständig durchgeführt werden.

**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):	Medikamentengabe 4 x täglich

**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 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**

<b>Vorgefundener medizinisch-pflegerischer Bedarf, zu dem eine ärztliche An- bzw. Verordnung vorliegt</b>
---

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Absaugen<br><input type="checkbox"/> Versorgung mit Beatmungsgerät<br><input type="checkbox"/> Sanierung von MRSA*-Trägern mit gesicherter Diagnose<br><input type="checkbox"/> Versorgung von Drainagen<br><input type="checkbox"/> Versorgung mit einem suprapubischen Katheter<br><input type="checkbox"/> perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG)<br><input type="checkbox"/> Versorgung mit Colo-/Ileo-/Uro- oder sonstigem Stoma<br><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 type="checkbox"/> stark eingeschränkt (Person sieht nur Schatten/Konturen) <input checked="" 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 (wird lediglich aus Gewohnheit getragen, bringt keine Sehverbesserung)

#### 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 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 kognitiven Fähigkeiten sind erhalten. Unterstützungsbedarf resultiert aus der Blindheit.
<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>
Bei der versorgten Person liegen keine Auffälligkeiten im Tagesablauf und den Aktivitäten im Alltag vor.

**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**

<b>Nächtlicher Unterstützungsbedarf:</b>
Unterstützungsbedarf besteht beim Aufsuchen der Toilette.

**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	24.01.2023
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>
--

- 20.02.2024 - 23.02.2024 Epilepsie
- 02.02.2024 - 09.02.2024 Influenza
- 30.11.2023 - 01.12.2023 Krampfanfall

### 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

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

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

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

##### Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

### 4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

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

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

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

### Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## Prüfbogen A

### P2

### Prüfung bei der versorgten Person - Allgemeine Angaben

#### A. Angaben zur Prüfung

1.	Auftragsnummer	240409VS15000000-000003314
2.	Datum	09.04.2024
3.	Uhrzeit	10:27
4.	Nummer Prüfbogen A	2

#### B. Angaben zur versorgten Person

1.	Name	P2
2.	Pflegekasse	private Pflegekasse
3.	Pflege-/Wohnbereich	Diemelsee
4.	Geburtsdatum	**.**.*.1949
5.	Alter in Jahren	75
6.	Einzugsdatum	**.**.07.2023
7.	aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demenz</li> <li>• subkortikale arteriosklerotische Enzephalopathie</li> <li>• Hyperurikämie</li> <li>• Struma</li> </ul>
8.	personenbezogener Code (soweit vorhanden)	000049
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 checked="" type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C
12.	Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
13.	vorhandene Unterlagen	Pflegedokumentation

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

### C. Anwesende Personen

1.	Name der Gutachterin oder des Gutachters:	Krug, Marcel
2.	Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung:	M1, M2
3.	Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung der Pflegeeinrichtung:	Pflegefachkraft, 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 Positionswechsel im Bett erfolgen vollständig durch das Pflegepersonal.
<input checked="" type="checkbox"/> Aufstehen	Zum Aufrichten aus liegender Position in den Sitz besteht personeller Unterstützungsbedarf. Das Aufstehen beziehungsweise das Umsetzen erfolgt unter Zuhilfenahme eines Lifters durch das Pflegepersonal.
<input checked="" type="checkbox"/> Halten einer stabilen Sitzposition	Eine stabile Sitzposition kann ohne Anlehnen nicht gehalten werden.
<input checked="" type="checkbox"/> Lageveränderung im Sitzen	Die Positionswechsel in sitzender Position erfolgen vollständig durch das Pflegepersonal.
<input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance	Die versorgte Person ist mit personeller Absicherung kurzzeitig stehfähig. Es besteht eine passive Rollstuhlmobilität.
<input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen	Das Treppen steigen ist nicht möglich.

<input checked="" type="checkbox"/> Beweglichkeit der Extremitäten	Es besteht eine Hemiparese rechts, der linke Arm kann bis maximal Schulterhöhe angehoben werden, der rechte Arm wird angewinkelt am Körper gehalten und zeigt sich passiv beweglich. Zudem zeigen sich beide Kniegelenke in der Beuge- und Streckfunktion herabgesetzt.
<input checked="" type="checkbox"/> Kraft	Es besteht eine globale Kraftminderung.
<b>2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegebett</li> <li>• Weichlagerungsmatratze</li> <li>• Lagerungshilfsmittel</li> <li>• Lifter</li> <li>• Rollstuhl</li> </ul>	

### 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

<b>A) keine Auffälligkeiten</b> <input 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>
Die versorgte Person erhält keine bedarfsgerechte Unterstützung im Bereich der Mobilität und – sofern noch individuelle Ressourcen vorhanden sind und es ihren Bedürfnissen entsprach – zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität. Dies betrifft die fehlende Dekubitusprophylaxe sowie die fehlende Maßnahmenplanung hinsichtlich der druckentlastenden Positionsveränderungen.



Die versorgte Person zeigt einen personellen Hilfe- und Unterstützungsbedarf hinsichtlich der druckentlastenden Positionsmaßnahmen auf, erforderliche Maßnahmen erfolgen vollständig durch das Pflegepersonal. Die versorgte Person kann keine Auskünfte erteilen, die prüfbegleitenden Pflegefachkräfte schildern die erforderlichen Maßnahmen im Zeitraum der Mittagsruhe sowie in der Nacht. Positionsveränderte Maßnahmen erfolgen nach Angaben alle 2 - 3 Stunden. Der Strukturierten Informationssammlung (mit dem Evaluierungsstand aus der damaligen Kurzzeitpflege vom 27.09.2022), ist Folgendes zu entnehmen: "Kopf und Extremitäten frei beweglich. Kann eine aufrechte Sitzposition eigenständig halten. Wird mithilfe von 2 PK, da sie kaum stehen kann, in den Rollstuhl mobilisiert.". Einrichtungsseitig wurde kein Dekubitusrisiko ermittelt, im Rahmen des Fachgesprächs wurde dieses im Konsens mit den prüfbegleitenden Pflegefachkräften eruiert. Die themenbezogene Maßnahmenplanung (Stand 06.2023) zeigt keine zielgerichteten und handlungsleitenden Maßnahmen auf, eine Dekubitusprophylaxe sowie ein Lagerungsprotokoll kann nicht vorgelegt werden. Aufgrund der fehlenden Maßnahmenplanung zur Dekubitusprophylaxe und nicht nachvollziehbaren Lagerungen besteht bei der versorgten Person das Risiko einer Dekubitusentstehung. Einrichtungsseitig wird mitgeteilt, dass versäumt wurde, eine entsprechende Maßnahmenplanung zu erstellen. Die prüfbegleitenden Pflegefachkräfte bestätigen den Sachverhalt, eine Evaluierung der Maßnahmenplanung wird zugesichert.

#### 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	75,1
Gewicht vor drei Monaten	74,9
Gewicht vor sechs Monaten	76,0
Hinweise auf eine Gewichtsabnahme	Es liegen keine Hinweise auf eine Gewichtsabnahme vor.
Größe (in cm)	165,0
aktueller BMI*	27,6
Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme	Die versorgte Person erhält die Nahrung und die Flüssigkeit angereicht, tagesformabhängig zeigt es sich erforderlich, das Mittagessen zu pürieren.  Im Zusammenhang mit der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme werden folgende Hilfsmittel genutzt:  Trinkbecher mit Aufsatz

\* 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
Nahrung kcal/24 h + Flussrate	
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 Stuhlinkontinenz	Bei der versorgten Person besteht eine abhängig kompensierte Harn- und Stuhlinkontinenz. Ein personeller Hilfebedarf zeigt sich bei dem Aufsuchen der Toilette, dem Richten und Wechsel des Inkontinenzmaterials, der Intimhygiene sowie dem Richten der Bekleidung.

Nutzung von	<input type="checkbox"/> suprapubischem Katheter <input type="checkbox"/> transurethralem Katheter <input checked="" 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	Alle Maßnahmen der Körperpflege müssen vollständig übernommen werden.

#### Plausibilitätskontrolle

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

<input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt	<input type="checkbox"/> 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 aufführen)	Medikamentengabe
Zusammenfassende Einschätzung der Selbständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen	Therapiebedingte Anforderungen können aufgrund kognitiver und motorischer Einschränkungen nicht selbstständig durchgeführt werden.

## 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):	<ul style="list-style-type: none"> <li>• orale Medikamentengabe 4x täglich und bei Bedarf</li> </ul>

### 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 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**

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

#### 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 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 zu allen Qualitäten unscharf orientiert. Bei der versorgten Person zeigen sich Beeinträchtigungen der Merk- und Konzentrationsfähigkeiten sowie Beeinträchtigungen der Mobilität.
<b>Tagesablauf und Aktivitäten im Alltag der versorgten Person (nur zu erfassen bei Personen mit beeinträchtigter Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte):</b>
Nach Angaben der prüfbegleitenden Pflegefachkräfte liegen keine Auffälligkeiten im Tagesablauf und den Aktivitäten im Alltag vor.

#### 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

<b>Nächtlicher Unterstützungsbedarf:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medikamentengabe</li> <li>• Hilfestellungen bei der Ausscheidung</li> <li>• Spätmahlzeit sowie Flüssigkeitszufuhr</li> <li>• druckentlastende Positionsveränderungen</li> </ul>

#### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

<b>A) keine Auffälligkeiten</b> <input 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>
Die Einrichtung leistet in der Nacht keine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung. Dies betrifft die fehlende Maßnahmenplanung in Bezug auf die Dekubitusprophylaxe sowie der Spätmahlzeit.
Die versorgte Person ist in Bezug auf druckentlastende Positionswechsel, der Spätmahlzeit und der Ausscheidung vollständig auf das Pflegepersonal angewiesen. Eine entsprechende Maßnahmenplanung liegt am Prüftag nicht vor, darüber hinaus existiert kein Lagerungsprotokoll. Die fehlende Maßnahmenplanung birgt das Risiko, dass die Versorgung nicht bedarfsgerecht erfolgt. Eine Aktualisierung der Maßnahmenplanung wird seitens der Pflegefachkräfte zugesichert.
<b>D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person</b>

## 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	04.07.2023
Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf*)	03.08.2023



Anpassung der Unterstützung während der ersten acht Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf*)	Eine systematische Begleitung der Eingewöhnung ist nachweislich erfolgt, gemeinsam mit den An- und Zugehörigen wurden Wünsche und Bedürfnisse aufgenommen und berücksichtigt.
--	---

\*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

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 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

<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	240409VS15000000-000003314
2.	Datum	09.04.2024
3.	Uhrzeit	11:43
4.	Nummer Prüfbogen A	3

### B. Angaben zur versorgten Person

1.	Name	P3
2.	Pflegekasse	Kaufmännische Krankenkasse
3.	Pflege-/Wohnbereich	Diemelsee
4.	Geburtsdatum	**.**.*.1935
5.	Alter in Jahren	88
6.	Einzugsdatum	**.*.09.2023
7.	aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gemischte Demenz</li> <li>• kardiale Dekompensation</li> </ul>
8.	personenbezogener Code (soweit vorhanden)	000050
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 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 checked="" type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C
12.	Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
13.	vorhandene Unterlagen	Pflegedokumentation
14.	Kurzzeitpflegegast	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein

**C. Anwesende Personen**

1.	Name der Gutachterin oder des Gutachters:	Krug, Marcel
2.	Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung:	M1, M2
3.	Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung der Pflegeeinrichtung:	Pflegefachkraft, 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	Das Aufstehen erfolgt mit Abstützen am Mobiliar.
<input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance	Das Stehen erfolgt mit Festhalten am Mobiliar, das Gehen unter Zuhilfenahme des Rollators.
<input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen	Mit sichernder Begleitung können einige wenige Treppenstufen überwunden werden.
<input checked="" type="checkbox"/> Beweglichkeit der Extremitäten	Das Anheben beider Arme ist beeinträchtigt. Überkopf-, Nacken- und Schürzengriff sind beidseits nicht vollständig durchführbar, Greiffunktion und Feinmotorik der Hände sind reduziert. Die Streck- und Beugefunktion beider Kniegelenke ist limitiert.
<input checked="" type="checkbox"/> Kraft	Es besteht eine allgemeine Kraftminderung.
<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?

<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	67,5
Gewicht vor drei Monaten	66,4
Gewicht vor sechs Monaten	69,0
Hinweise auf eine Gewichtsabnahme	Der Gewichtsverlauf innerhalb der letzten sechs Monate zeigt eine leichte Gewichtsabnahme. Zum Prüfungszeitpunkt sind bei der versorgten Person hinsichtlich des Ernährungszustandes jedoch keine Auffälligkeiten festzustellen. Die versorgte Person begründet die Gewichtsabnahme mit einer eingetretenen Inappetenz.
Größe (in cm)	157,0
aktueller BMI*	27,4
Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme	Es müssen lediglich harte Speisen geschnitten werden.  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
Nahrung kcal/24 h + Flussrate	
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	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

Körperpflege	
Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im Bereich der Körperpflege	Die benötigten Utensilien hinsichtlich der körperbezogenen Pflegemaßnahmen müssen durch das Pflegepersonal vorbereitet und bereitgelegt werden. Die Mund- und Zahnpflege sowie die Pflege des vorderen Oberkörpers und des Intimbereiches erfolgen eigenständig, das Pflegepersonal unterstützt bei der Pflege des Unterkörpers sowie 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

An- bzw. Verordnungen und therapiebedingte Anforderungen
--

Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen aufführen)	Medikamentengabe Kompressionsstrumpfhose an- und ausziehen
Zusammenfassende Einschätzung der Selbständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen	Therapiebedingte Anforderungen können aufgrund kognitiver und motorischer Einschränkungen nicht selbstständig durchgeführt werden.

## 2.1 Medikamentöse Therapie

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

Medikamentöse Therapie	
Informationen zur medikamentösen Therapie der versorgten Person (soweit verfügbar: Medikationsplan, Hinweise auf Neben-/ Wechselwirkungen, besondere ärztliche An- bzw. Verordnungen):	<ul style="list-style-type: none"> <li>• orale Medikamentengabe 3x täglich und bei Bedarf</li> </ul>

### 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?

<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**

<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>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brille</li> <li>• Hörgeräte</li> </ul>

#### 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 type="checkbox"/> Ruhen und Schlafen <input type="checkbox"/> sich beschäftigen <input checked="" type="checkbox"/> in die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen <input type="checkbox"/> Interaktion mit Personen im direkten Kontakt <input checked="" type="checkbox"/> Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes
<b>Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen</b>
Die zeitliche und örtliche Orientierungsfähigkeit ist leicht beeinträchtigt, zudem ist die Merkfähigkeit gemindert.
<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>
Bei der versorgten Person liegen keine Auffälligkeiten im Tagesablauf und den Aktivitäten im Alltag vor. Beschäftigungsangeboten (Einzel- und Gruppenaktivitäten) gegenüber ist sie aufgeschlossen und nimmt regelmäßig und gerne daran teil.

## 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

<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

Unterstützung nach Einzug	
Einzugsdatum	18.09.2023
Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf*)	
Anpassung der Unterstützung während der ersten acht Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf*)	Seitens der Einrichtung ist eine systematische Begleitung der Eingewöhnung erfolgt. Wünsche und Bedürfnisse der versorgten Person sind im Rahmen der Eingewöhnungsphase aufgenommen und umgesetzt.

\*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

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

### 4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

#### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

**Grund, Dauer und Häufigkeit von 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?

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

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

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

### **Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

## Prüfbogen A

### P4

## Prüfung bei der versorgten Person - Allgemeine Angaben

### A. Angaben zur Prüfung

1.	Auftragsnummer	240409VS15000000-000003314
2.	Datum	09.04.2024
3.	Uhrzeit	10:06
4.	Nummer Prüfbogen A	4

### B. Angaben zur versorgten Person

1.	Name	P4
2.	Pflegekasse	AOK Hessen
3.	Pflege-/Wohnbereich	Diemelsee
4.	Geburtsdatum	**.**.*.1961
5.	Alter in Jahren	62
6.	Einzugsdatum	**.*.01.2023
7.	aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anlage eines ventrikuloperitonealen Shunts rechts</li> <li>• chronisch obstruktive Bronchitis</li> <li>• früherer Alkoholmissbrauch</li> <li>• hirnorganisches Psychosyndrom</li> <li>• Hydrocephalus</li> <li>• Zustand nach Subarachnoidalblutung</li> </ul>
8.	personenbezogener Code (soweit vorhanden)	000037
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 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	Pflegedokumentation
14.	Kurzzeitpflegegast	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein

### C. Anwesende Personen

1.	Name der Gutachterin oder des Gutachters:	Milberger, Dieter
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 type="checkbox"/> Positionswechsel im Bett	
<input checked="" type="checkbox"/> Aufstehen	Das Aufstehen gelingt durch Abstützen am Mobiliar.
<input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance	Innerhalb der Einrichtung kann sich die versorgte Person aktiv im Rollstuhl fortbewegen. Bei weiteren Strecken besteht passive Rollstuhlmobilität.
<input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen	Auch mit personeller Hilfe nicht möglich.
<input checked="" type="checkbox"/> Beweglichkeit der Extremitäten	Die Beweglichkeit der oberen Extremitäten ist limitiert. Die Arme können aktiv maximal bis Höhe Brustkorb angehoben werden. Die Streckfunktion der Knie ist eingeschränkt vorhanden.
<input type="checkbox"/> Kraft	
2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rollstuhl</li> <li>• Pflegebett</li> </ul>	



**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	92,9
Gewicht vor drei Monaten	91,5
Gewicht vor sechs Monaten	87,9
Hinweise auf eine Gewichtsabnahme	
Größe (in cm)	176,0
aktueller BMI*	30,0
Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme	Es muss lediglich Fleisch geschnitten werden.  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
Nahrung kcal/24 h + Flussrate	
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	Die versorgte Person benötigt Hilfe für das Bereitstellen und Leeren 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
-------------	---

Genutzte Hilfsmittel:

- 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

<b>Körperpflege</b>	
Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im Bereich der Körperpflege	Zur Durchführung körperbezogener Pflegemaßnahmen des Oberkörpers und der Mund-/Zahnpflege können nach Richten benötigter Utensilien Ressourcen eingesetzt werden. Beim Waschen des Unterkörpers und des Intimbereichs ist die versorgte Person vom Pflegepersonal abhängig.

### 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
Zusammenfassende Einschätzung der Selbstständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen	Therapiebedingte Anforderungen können aufgrund psychischer Einschränkungen nicht selbstständig durchgeführt werden.

### 2.1 Medikamentöse Therapie

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

Medikamentöse Therapie	
Informationen zur medikamentösen Therapie der versorgten Person (soweit verfügbar: Medikationsplan, Hinweise auf Neben-/ Wechselwirkungen, besondere ärztliche An- bzw. Verordnungen):	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medikamentengabe 3 x täglich und bei Bedarf</li> <li>• Augensalbe bei Bedarf</li> <li>• medizinische Salbenbehandlung bei Bedarf</li> </ul>

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

<b>A) keine Auffälligkeiten</b> <input type="checkbox"/>
<b>B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen</b>
Es besteht eine Auffälligkeit in Bezug auf ein aktuell nicht vorrätiges Bedarfsmedikament.
Bei Bedarf ist Bepanthen Augen- und Nasensalbe (bei Rötung der Augen) am 20.12.2023 ärztlich verordnet. Diese wird am Prüftag nicht vorgehalten und befindet sich auch nicht nachweislich im Bestellvorgang. Die prüfbegleitende Wohnbereichsleitung bestätigt, dass die Salbe nicht bestellt wurde, da die versorgte Person die Salbe in der letzten Zeit nicht benötigt habe. Am Prüftag finden sich keine Hinweise darauf, dass in den letzten Monaten ein Bedarf hierfür bestanden hätte. Die Einrichtung wurde dahingehend beraten, mit dem behandelnden Arzt abzuklären, ob die Bepanthen Augen- und Nasensalbe weiterhin angesetzt bleiben soll.
<b>C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person</b>
<b>D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person</b>

## 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?

<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

<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>

- 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**

A) keine Auffälligkeiten

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

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

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

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

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

- 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

**Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen**

Die kognitiven Fähigkeiten sind weitgehend erhalten, der Unterstützungsbedarf besteht aufgrund der psychischen Beeinträchtigungen.

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

Die versorgte Person gestaltet ihren Ablauf überwiegend selbstständig. Die versorgte Person hält sich überwiegend im eigenen Zimmer auf und bekommt das Angebot von Einzelbetreuung.

**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**

<b>Nächtlicher Unterstützungsbedarf:</b>
Bereitstellen und Leeren der 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

**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	31.01.2023
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

<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

P5

### Prüfung bei der versorgten Person - Allgemeine Angaben

#### A. Angaben zur Prüfung

1.	Auftragsnummer	240409VS15000000-000003314
2.	Datum	09.04.2024
3.	Uhrzeit	12:00
4.	Nummer Prüfbogen A	5

#### B. Angaben zur versorgten Person

1.	Name	P5
2.	Pflegekasse	SVLFG
3.	Pflege-/Wohnbereich	Diemelsee
4.	Geburtsdatum	**.**.*.1940
5.	Alter in Jahren	83
6.	Einzugsdatum	**.*.03.2024
7.	aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• arterielle Hypertonie</li> <li>• Spondylarthrose</li> <li>• Zustand nach distaler Radiusfraktur</li> </ul>
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 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 type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C
12.	Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
13.	vorhandene Unterlagen	Pflegedokumentation
14.	Kurzzeitpflegegast	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Erläuterung zu 11. Subgruppe: Die versorgte Person ist keiner Subgruppe zugeordnet.

### C. Anwesende Personen

1.	Name der Gutachterin oder des Gutachters:	Milberger, Dieter
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 type="checkbox"/> Positionswechsel im Bett	
<input checked="" type="checkbox"/> Aufstehen	Zum Aufstehen benötigt die versorgte Person personelle Hilfe.
<input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance	Die Fortbewegung gelingt der versorgten Person unter Zuhilfenahme eines Rollators wobei sie Sicherheitsbegleitung benötigt. Für weitere Wegstrecken steht ein Rollstuhl zur Verfügung.
<input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen	Mit personeller Begleitung und Festhalten am Geländer ist ein Treppengang möglich.
<input checked="" type="checkbox"/> Beweglichkeit der Extremitäten	Die Arme können nicht bis über Kopf angehoben werden. Zudem sind Nacken- und Schürzengriff aktiv beidseits nicht vollständig durchführbar. Darüber hinaus sind Greifkraft und Feinmotorik nachlassend.
<b>2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rollator</li> <li>• Rollstuhl</li> <li>• Pflegebett</li> </ul>	

**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	54,9
Gewicht vor drei Monaten	
Gewicht vor sechs Monaten	
Hinweise auf eine Gewichtsabnahme	Die versorgte Person wird seit dem 27.03.2024 in der Einrichtung versorgt.
Größe (in cm)	165,0
aktueller BMI*	20,2
Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme	Mahlzeiten müssen mundgerecht zubereitet und Getränke eingeschenkt werden.  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
Nahrung kcal/24 h + Flussrate	
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	Es besteht eine abhängig kompensierte Harninkontinenz. Die Toilettengänge erfolgen in Begleitung.

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	Zur Durchführung körperbezogener Pflegemaßnahmen des Oberkörpers und der Mund-/Zahnpflege können nach Richten benötigter Utensilien sowie punktueller Anleitung Ressourcen eingesetzt werden. Beim Waschen des Unterkörpers und des Intimbereichs ist die versorgte Person auf Fremdhilfe angewiesen.

#### 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
Zusammenfassende Einschätzung der Selbstständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen	Therapiebedingte Anforderungen können aufgrund kognitiver Einschränkungen nicht selbstständig durchgeführt werden.

### 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):	Medikamentengabe 4x täglich

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

### 2.2 Schmerzmanagement

#### Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

#### Informationserfassung

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



Lokalisation	Rücken
Schmerzintensität	Die Schmerzsituation stellt sich aktuell unter Schmerzmedikation stabil dar.

### 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

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**

A) keine Auffälligkeiten

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

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

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

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

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

- 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

**Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen**

Die versorgte Person zeigt sich nicht sicher zeitlich und situativ orientiert. Merk- und Konzentrationsfähigkeit sowie problemorientiertes bzw. urteilbildendes Denken sind herabgesetzt.

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

Bei der versorgten Person liegen keine Auffälligkeiten im Tagesablauf und den Aktivitäten im Alltag vor. An Beschäftigungsangeboten (Einzel- und Gruppenaktivitäten) nimmt sie regelmäßig aktiv teil.

**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?

<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>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medikamentengabe</li> <li>• Begleitung beim Toilettengang</li> </ul>

### 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	27.03.2024
Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf*)	
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

<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	240409VS15000000-000003314
2.	Datum	09.04.2024
3.	Uhrzeit	13:09
4.	Nummer Prüfbogen A	6

##### B. Angaben zur versorgten Person

1.	Name	P6
2.	Pflegekasse	Knappschaft PK
3.	Pflege-/Wohnbereich	Diemelsteig
4.	Geburtsdatum	**.**.*.1934
5.	Alter in Jahren	89
6.	Einzugsdatum	**.**.08.2023
7.	aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	COPD
8.	personenbezogener Code (soweit vorhanden)	000061
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	Pflegedokumentation
14.	Kurzzeitpflegegast	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein

**C. Anwesende Personen**

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

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

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

**Informationserfassung**

1. Beeinträchtigungen	Erläuterungen
<input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance	Unter Zuhilfenahme des Rollators eigenständige Fortbewegung.
<input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen	In Begleitung können einige Stufen überwunden werden.
<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?

<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**

<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>



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	79,9
Gewicht vor drei Monaten	73,0
Gewicht vor sechs Monaten	
Hinweise auf eine Gewichtsabnahme	In 2023 ist keine Gewichtangabe dokumentiert worden. Augenscheinlich besteht ein unauffälliger Ernährungszustand.
Größe (in cm)	170,0
aktueller BMI*	27,6
Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme	Bei der versorgten Person sind keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme vorhanden. Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme.

\* 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
Nahrung kcal/24 h + Flussrate	
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	Es besteht eine Tröpfcheninkontinenz und Unterstützungsbedarf beim Pantswechsel.
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

<b>A) keine Auffälligkeiten</b> <input 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>
Die versorgte Person wird bei Kontinenzverlust nicht bedarfs- und bedürfnisgerecht unterstützt. Dies betrifft die fehlende Maßnahmenplanung zum Pantswechsel.

Die Unterstützung bei Kontinenzverlust stellt sich nicht durchgängig dar. Der konkrete Sachverhalt stellt sich wie folgt dar:

Laut Schilderung der Wohnbereichsleitung bestehe eine dezent ausgeprägte Tröpfcheninkontinenz. Das Aufsuchen der Toilette gelinge der versorgten Person eigenständig, es bestehe jedoch Unterstützungsbedarf beim Wechsel der Pants, was die versorgte Person bestätigt. In der vorgelegten Maßnahmenplanung (Stand 11.07.2023) hingegen ist beschrieben, dass sie das Inkontinenzmaterial selbständig wechselt. Die Beschreibung entspricht somit nicht mehr dem aktuellen Bedarf der versorgten Person.

Aufgrund der fehlenden Maßnahmenplanung hinsichtlich des Pantswechsel besteht das Risiko der nicht bedarfsgerechten Versorgung. Die Wohnbereichsleitung sichert die Aktualisierung der Maßnahmenplanung zu.

#### 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	Unterstützungsbedarf besteht beim Waschen des Unterkörpers und dem 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)	Medikamentengabe

Zusammenfassende Einschätzung der Selbständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen	Therapiebedingte Anforderungen können aufgrund kognitiver Einschränkungen nicht selbstständig durchgeführt werden.
---	--

## 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):	Medikamentengabe 5 x täglich

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

<b>A) keine Auffälligkeiten</b> <input 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>
Die versorgte Person wird im Zusammenhang mit der Medikation nicht fachgerecht unterstützt. Das betrifft die Dokumentation ärztlich verordneter Medikamente.
Die Dokumentation ärztlich verordneter Medikamente entspricht nicht den fachlichen Anforderungen. Der konkrete Sachverhalt stellt sich wie folgt dar:  Laut ärztlicher Verordnung 17.01.2024 ist morgens 1 Hub des Aerosols Ultibro zu verabreichen. Bei "Ultibro" handelt es sich um den Herstellernamen, die Wirkstoffkombination beinhaltet Indacaterol und Glycopyrronium, was jedoch zunächst nicht bekannt ist. Vorgehalten wird Xoterna Breezhaler, der Ulibro Breezhaler ist nicht aufzufinden. Dass das vorhandene Medikament Xoterna dem Medikament Ultibro entspricht, lässt sich erst nach einigen Minuten Recherche im Internet eruieren, da der Pflegedokumentation der Wirkstoff des Ultibro's nicht entnehmbar ist. Alternativ wäre ein einrichtungsseitiger Hinweis zu dem Generikum auf der Umverpackung des Xoternas hilfreich gewesen, was nicht der Fall war, um das Suchen für die Pflegefachkräfte zu vermeiden.  Bei nicht fachgerechter Dokumentation der Medikamente besteht für die versorgte Person das Risiko, dass sie verordnete Medikamente nicht erhält. Die verantwortliche Pflegefachkraft sichert zukünftig das Ausweisen von Generika bzw. des Wirkstoffs zu.
<b>D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person</b>

## 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**

Brille

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

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

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

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

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

**Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen**

Bei der versorgten Person liegen Beeinträchtigungen des Kurzzeitgedächtnisses vor.

**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):**

Bei der versorgten Person liegen keine Auffälligkeiten im Tagesablauf und den Aktivitäten im Alltag vor.

**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:
-----------------------------------

Sturzprophylaxe (auf Anti-Rutsch-Socken/Stoppersocken achten)
---

#### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

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

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

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

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

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

Unterstützung nach Einzug	
Einzugsdatum	19.08.2023
Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf*)	17.11.2023
Anpassung der Unterstützung während der ersten acht Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf*)	Die Förderung des Wohlbefindens und des Sicherheitsgefühls der versorgten Person lässt sich nachvollziehen.

\*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**

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>
01.02.2024 - 07.02.2024: COPD-Exacerbation

**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

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt	<input type="checkbox"/> Auffälligkeit festgestellt (bitte angeben)	<input type="checkbox"/> 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	240409VS15000000-000003314
2.	Datum	09.04.2024
3.	Uhrzeit	10:27
4.	Nummer Prüfbogen A	7

#### B. Angaben zur versorgten Person

1.	Name	P7
2.	Pflegekasse	SVLFG
3.	Pflege-/Wohnbereich	Diemelsteig
4.	Geburtsdatum	**.**.1930
5.	Alter in Jahren	93
6.	Einzugsdatum	**..04.2022
7.	aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schwindel</li> <li>• chronische Schmerzen</li> <li>• Arthrose der Hände beidseits</li> <li>• globale Herzinsuffizienz</li> <li>• Altersschwäche</li> </ul>
8.	personenbezogener Code (soweit vorhanden)	000019
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	Pflegedokumentation

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

### C. Anwesende Personen

1.	Name der Gutachterin oder des Gutachters:	Händler, Christina
2.	Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung:	M1, M2
3.	Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung der Pflegeeinrichtung:	verantwortliche Pflegefachkraft, soziale Betreuung
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 type="checkbox"/> Positionswechsel im Bett	
<input checked="" type="checkbox"/> Aufstehen	Zum Aufstehen ist personelle Hilfe erforderlich.
<input checked="" type="checkbox"/> Halten einer stabilen Sitzposition	Eingeschränkt wegen des Schwindels.
<input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance	Personeller Hilfebedarf besteht aufgrund des Schwindels, das Gehen am Rollator wird begleitet. Für Wege außer Haus wird ein Rollstuhl genutzt (fremdgeführt).
<input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen	Auch mit Hilfe nicht möglich.
<input checked="" type="checkbox"/> Beweglichkeit der Extremitäten	Ulnardeviation der Finger beidseits, arthrotisch mäßig verdickte Fingergrund- und Mittelgelenke.
2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rollator</li> <li>• Rollstuhl</li> </ul>	

**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	55,8
Gewicht vor drei Monaten	56,0
Gewicht vor sechs Monaten	55,9
Hinweise auf eine Gewichtsabnahme	
Größe (in cm)	168,0
aktueller BMI*	19,8
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
Nahrung kcal/24 h + Flussrate	
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	Es besteht eine abhängig erreichte Kontinenz. Begleitung zu Toilettengängen ist erforderlich.
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**

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	Unterstützungsbedarf besteht beim Waschen des Unterkörpers und dem 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)	Medikamentengabe
Zusammenfassende Einschätzung der Selbständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen	Therapiebedingte Anforderungen können aufgrund feinmotorischer Einschränkungen nicht eigenständig durchgeführt werden.

## 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):	Medikamentengabe 3 x täglich

### 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	Hände beidseits
Schmerzintensität	Die versorgte Person schildert eine akzeptable Schmerzsituation.

### 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**

<b>A) keine Auffälligkeiten</b> <input 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>
<p>Die versorgte Person mit Schmerzen erhält kein fachgerechtes Schmerzmanagement. Das betrifft die fehlende Schmerzerfassung und Einleitung von nicht-medikamentösen Maßnahmen zur Schmerzlinderung.</p>
<p>Die Pflegeeinrichtung hat die Schmerzsituation der versorgten Person nicht fachgerecht erfasst, fachgerechte Unterstützung zur Schmerzbewältigung ist nicht belegbar. Der konkrete Sachverhalt stellt sich wie folgt dar:</p> <p>In der Pflegedokumentation sind die Diagnosen "chronische Schmerzen" und "Arthrose" enthalten. Am Prüftag schildert die versorgte Person von einem stechenden Gefühl in den Händen, weshalb sie ihre Hände knete/reibe.</p> <p>Eine aktuelle, systematische Schmerzeinschätzung mit Angaben zur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zeitlichen Dimension und dem Auftreten</li> <li>• Schmerzintensität und dem individuell akzeptablem Schmerzausmaß</li> <li>• der Schmerzlokalisierung(-en), Anzahl und Ausstrahlungsmuster</li> <li>• Schmerzqualität (stechend, pochend, brennend, elektrisierend oder einschießend)</li> <li>• begleitender Symptome</li> <li>• der Bedeutung, die die versorgte Person mit Schmerzen dem Schmerzerleben beimisst</li> <li>• Schmerz verstärkender und lindernder Faktoren</li> <li>• Effekten auf die Lebensqualität, körperlicher Funktionsfähigkeit und sozialer Teilhabe</li> </ul> <p>kann am Prüftag nicht vorgelegt werden. Zudem liegt keine Maßnahmenplanung zum Umgang mit chronischen Schmerzen vor. Nicht medikamentöse Maßnahmen (wie z. B. Hot-/Coldpacks, Austausch mit dem behandelnden Physiotherapeuten) seien bisher nicht ausprobiert worden, wie die prüfbegleitende verantwortliche Pflegefachkraft auf Nachfrage mitteilt. Sie gibt an, dass die versorgte Person in der Vergangenheit ein Analgetikum erhalten habe, welches jetzt nicht mehr notwendig sei. Da die versorgte Person von sich aus den Pflegekräften keine Schmerzen äußere, sei man davon ausgegangen, dass keine Schmerzen bestünden und daher keine differenzierte Schmerzerfassung erforderlich sei. Seitens der Prüferin wird auf den Expertenstandard "Schmerzmanagement in der Pflege" in der aktuell gültigen Fassung verwiesen, dort ist auf Seite 33 Folgendes beschrieben: "... Nicht alle Menschen mit Schmerzen sprechen aktiv ihre Schmerzproblematik an ... Es ist daher erforderlich, dass die Pflegefachkraft die Initiative ergreift und aktiv nach Schmerzen fragt bzw. ihre klinische Beobachtung und Wahrnehmung auf Veränderung im Verhalten, der Funktionalität oder Alltagsfähigkeit richtet. ...".</p> <p>Für die versorgte Person besteht bei einem nicht adäquaten Schmerzmanagement das Risiko der Einbuße an Lebensqualität und Verschlechterung der Schmerzsituation. Die verantwortliche Pflegefachkraft sichert eine zeitnahe Erfassung der Schmerzen und ggf. Einleitung erforderlicher Maßnahmen zu.</p>
<b>D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person</b>

**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**

<b>Vorgefundener medizinisch-pflegerischer Bedarf, zu dem eine ärztliche An- bzw. Verordnung vorliegt</b>
---

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

#### Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen

Die kognitiven Fähigkeiten sind erhalten. Unterstützungsbedarf resultiert durch den Schwindel.

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

Bei der versorgten Person liegen keine Auffälligkeiten im Tagesablauf und den Aktivitäten im Alltag vor.

#### Plausibilitätskontrolle

1. Stehen die Angaben zur Selbstständigkeit 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

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

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

Der versorgten Person stehen keine Beschäftigungsmöglichkeiten zur Verfügung, die mit ihren Bedürfnissen in Einklang stehen. Sie wird bei der Nutzung dieser Möglichkeiten nicht unterstützt. Dies betrifft das Angebot von Einzelbetreuung bei eingeschränkter Fähigkeit zur Teilnahme an Gruppenangeboten.

Es ist nicht durchgängig nachzuvollziehen, dass die versorgte Person Unterstützung erhält, bedürfnisgerechter Beschäftigung im Lebensalltag nachzugehen. Der konkrete Sachverhalt stellt sich wie folgt dar:

Aufgrund des Schwindels hält sich die versorgte Person den größten Teil des Tages im Bett auf; mindestens seit Wochen, der genaue Zeitraum lässt sich am Prüftag nicht eruieren. Sie verlässt dieses lediglich zur Körperpflege und zu Toilettengängen. Nach Angabe der versorgten Person verstärkte sich der Schwindel im Sitzen, im Bett sei es am erträglichsten. Der Arzt sei über den Schwindel informiert. Darüber hinaus gibt sie an, dass ihr mitgeteilt werde, wann Gruppenangebote stattfänden. Sie könne aufgrund des Schwindels nicht ausreichend lange das Bett verlassen, um daran teilzunehmen. Sie langweile sich nicht. Wann zuletzt oder wie oft Mitarbeitende der Betreuung zu Einzelangeboten zu ihr auf Zimmer kämen, könne sie nicht sagen.

Der Strukturierten Informationssammlung (Stand 01.04.2022) ist zu entnehmen, dass sie auf eigenen Wunsch nicht an Veranstaltungen im Haus teilnehmen möchte und lieber für sich sei. Eine individuelle Maßnahmenplanung für Betreuungsangebote wird am Prüftag nicht vorgelegt. Den Einträgen im Berichtblatt zufolge hat beispielsweise nach dem 10.02.2024 bis zum 22.02.2024 keine Betreuung stattgefunden. Am 03.03.2024 ist eingetragen "Bewohner den Fernseher angestellt für den Gottesdienst. Einige wollten lieber auf ihren Zimmern schauen." Diesbezüglich gibt die versorgte Person an, dass es ihr nicht gut gegangen sei und sie deshalb den Gottesdienst nicht angeschaut habe. Darüber hinaus ist nach dem 22.03.2024, an dem ein Einzelgespräch stattgefunden hat, erst am 27.03.2024 wieder ein Eintrag zu entnehmen: "Zimmerbesuch zum Speiseplan ausfüllen". Bei den "Einzelgesprächen" werde z. B. mit der versorgten Person über den Ort Flechtdorf gesprochen, wie die befragte Mitarbeiterin der Betreuung berichtet und einzelnen Einträgen im Berichtblatt entnehmbar ist.

Abgesehen von den Zeiten, für die kein Betreuungsnachweis existiert, ist festzuhalten, dass das Anstellen des Fernsehers und das Ausfüllen des Speiseplans keine individuelle Betreuungsmaßnahme darstellt. Dazu befragt gibt die Mitarbeiterin der Betreuung an, dass vermutlich zwischendurch individuelle Betreuungsangebote stattgefunden hätten, aber vergessen worden sei, diese zu dokumentieren.

Aufgrund der fehlenden individuellen Maßnahmenplanung besteht für die nahezu bettlägerige versorgte Person das Risiko einer nicht bedürfnisgerechten Beschäftigung. Seitens der verantwortlichen Pflegefachkraft wird das Erstellen der individuellen Maßnahmenplanung zeitnah zugesichert.

#### **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 Bedarf, nicht jede Nacht, ist Begleitung zur Toilette erforderlich.

#### **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**

<b>D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person</b>
---

## 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	05.04.2022
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?

<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 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
---	---	---

**Angaben zu Krankenhausaufenthalten (4.2)**

<input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> Auffälligkeit festgestellt	<input type="checkbox"/> kritischer Bereich
---	---	---

**Angaben zur Anwendung von Gurten (4.4)**

<input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> Auffälligkeit festgestellt	<input type="checkbox"/> kritischer Bereich
---	---	---

**Angaben zur Anwendung von Bettseitenteilen (4.4)**

<input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> Auffälligkeit festgestellt	<input type="checkbox"/> kritischer Bereich
---	---	---