

Prüfbericht nach §§ 114 ff SGB XI

Geprüfte Einrichtung: **Seniorenzentrum Parkschlössle**

Badener Str. 33

76227 Karlsruhe

IK Nummer: 510824869

Auftragsnummer: 210526VS90000000-000039970

Datum der Prüfung: 26.05.2021 bis 27.05.2021

Auditor: Simone Zerr

Qualitätsprüfer: Heike Lohr

Prüfberichtserstellung: 07.06.2021

Prüfmaßstab

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,

- der aktuelle Stand des Wissens,
- die Expertenstandards nach § 113a SGB XI,
- die qualitätsrelevanten Inhalte der Verträge der Pflege- und der Krankenkassen mit der jeweiligen Pflegeeinrichtung,
- die Rahmenverträge nach § 75 SGB XI,
- die Richtlinien zur Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 und Absatz 7 Nr. 1 SGB V sowie
- die relevanten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nach § 23 Absatz 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG).

1. Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

| D. Angabe zur Einrichtung | |
|--|---|
| 1. Auftragsnummer: | 210526VS90000000-000039970 |
| 1 a. DAS-Kennzeichen: | 105803 |
| 2. Name: | Seniorenzentrum Parkschlössle |
| 3. Straße/ Hausnummer: | Badener Str. 33 |
| 4. PLZ/ Ort: | 76227 Karlsruhe |
| d. Institutions- kennzeichen (IK) | 1. 510824869 |
| | 2. |
| | 3. |
| | 4. |
| 6. Telefon: | 0721409020 |
| 7. Fax: | 072140902999 |
| 8. E-Mail: | parkschloessle@heimstiftung-karlsruhe.de |
| 9. Internetadresse: | www.heimstiftung-karlsruhe.de |
| 10. Träger/Inhaber: | Heimstiftung Karlsruhe Karlstraße 54 76133 Karlsruhe verwaltung@heimstiftung-karlsruhe.de |
| 11. Trägerart: | <input type="checkbox"/> privat <input checked="" type="checkbox"/> freigemeinnützig <input type="checkbox"/> öffentlich <input type="checkbox"/> nicht zu ermitteln |
| 12. ggf. Verband: | BWKG |
| 13. Einrichtungsart: | <input checked="" type="checkbox"/> vollstationär <input type="checkbox"/> solitäre Kurzzeitpflege |
| 14. Datum Abschluss Versorgungsvertrag: | 01.12.2009 |
| 15. Datum Inbetriebnahme der stationären Pflegeeinrichtung: | 01.12.2009 |
| 16. Name der Einrichtungsleitung: | Mirjam Keßler |
| 17. Name der verantwortlichen Pflegefachkraft: | Gabriele Mühl |
| 18. Name der stellvertreten- den verantwortlichen Pflegefachkraft: | Christiane Rüster |
| 19. ggf. vorhandene Zweigstellen: | |
| 20. Name des Ansprech- partners für die DCS: | Gabriele Mühl |

| | |
|--|--------------------------------------|
| 21. E-Mail des Ansprechpartners für die DCS: | gabi.muehl@heimstiftung-karlsruhe.de |
|--|--------------------------------------|

| 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 type="checkbox"/> MDK | <input checked="" type="checkbox"/> PKV-Prüfdienst |
| 3. Datum: | von: 26.05.2021 | bis: 27.05.2021 |
| 4. Uhrzeit: | | |
| 1. Tag | von: 09:00 | bis: 15:45 |
| 2. Tag | von: 09:00 | bis: 14:00 |
| 3. Tag | von: | bis: |
| 4. Tag | von: | bis: |
| 5. Gesprächspartnerin oder Gesprächspartner der stationären Pflegeeinrichtung: | Gabriele Mühl, Helmut Mühl, Petra Reinhold | |
| | Nadine Sauer, Christiane Rüster, Samir Herceg | |
| | Mirjam Kesßler, Barbara Herolz | |
| | Christiane Rüster, Philipp Schenk | |
| 6. Prüferin oder Prüfer: | Simone Zerr Heike Lohr | |
| 7. An der Prüfung Beteiligte: | | |
| <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: 02.09.2019 | |
| 6. | Letzte Prüfung anderer Prüfinstitutionen: | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde | 20.12.2019 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Gesundheitsamt | 20.12.2019 |
| <input type="checkbox"/> | Sonstige | |
| <input type="checkbox"/> | keine Angaben | |

| G. Art der Einrichtung und Versorgungssituation | | | |
|--|-----------------------------------|-------------------------------|----------------|
| | Vollstationäre Pflege | | Kurzzeitpflege |
| vorgehaltene Plätze: | 149 | | 0 |
| davon: | Vollstationäre Pflege (Langzeit): | Eingestreuete Kurzzeitpflege: | |
| | 145 | 4 | |
| belegte Plätze: | 139 | 4 | 0 |

| H. Nach Angabe der Pflegeeinrichtung: Struktur der Wohn-und Pflegebereiche | | | | | | | | |
|--|---|---------------------------------|--|---|----|----|----|----|
| Wohn-/ Pflegebereich | Bereich auf 1 Ebene | Anzahl versorgte Personen | davon nach SGB XI eingestuft in Pflegegrad | | | | | |
| | | | kein Pflege- grad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | 20 | 0 | 0 | 1 | 4 | 13 | 2 |
| 2/3 | ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> | 47 | 0 | 0 | 5 | 27 | 9 | 6 |
| 4/5 | ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> | 46 | 0 | 0 | 14 | 17 | 9 | 6 |
| 6/7 | ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> | 30 | 0 | 0 | 4 | 10 | 13 | 3 |
| | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| Summe: | | 143 | 0 | 0 | 24 | 58 | 44 | 17 |

| I. Nach Angabe der Pflegeeinrichtung: Anzahl versorgte Personen mit: | |
|---|----|
| 1. Wachkoma: | 0 |
| 2. Beatmungspflicht: | 0 |
| 3. Dekubitus: | 8 |
| 4. Blasenkatheter: | 12 |
| 5. PEG-Sonde: | 0 |
| 6. Fixierung: | 0 |
| 7. Kontraktur: | 2 |
| 8. Vollständiger Immobilität: | 0 |
| 9. Tracheostoma: | 0 |
| 10. Multiresistenten Erregern: | 0 |

| J. Nach Angabe der Pflegeeinrichtung: Zusammensetzung Personal (Direkt in der Einrichtung Beschäftigte; ohne Mitarbeitende externer Leistungserbringer) | | | | | | |
|---|---------------------------------|--------------|--------------------|-----------------------------|--------------------|------------------------|
| Funktion/Qualifikation | Vollzeit (39 St./ Woche) | Teilzeit | | geringfügig Beschäftigte | | Personal gesamt |
| | Anzahl MA | Anzahl MA | Stellen- umfang | Anzahl MA | Stellen- umfang | Stellen in Vollzeit |
| Pflege | | | | | | |
| Verantwortliche Pflegefachkraft | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Stellv. verantwortliche Pflegefachkraft | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Altenpfleger/in | 16 | 21 | 0,5 - 0,9 | 2 | 0,15 | 31,65 |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in | 0 | 1 | 0,5 | 0 | 0 | 0,5 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Heilerziehungspfleger/in | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Krankenpflegehelfer/in | 0 | 13 | 0,3 - 0,9 | 0 | 0 | 6,99 |
| Altenpflegehelfer/in | 2 | 9 | 0,5 - 0,9 | 2 | 0,16 | 8,47 |
| Angelernte Kräfte | 2 | 25 | 0,3 - 0,9 | 0 | 0 | 18,94 |
| Auszubildende | 0 | 0 | 0 | 14 | 0,2 | 2,8 |
| Bundesfreiwilligendienst- Leistende | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,2 | 0,2 |
| Freiwilliges soziales Jahr | 0 | 0 | 0 | 2 | 0,2 | 0,4 |
| Sonstige | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Zusätzliches Personal nach PpSG (§ 8 Abs. 6 SGB XI) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Betreuung | | | | | | |
| Sozialpädagogin/ Sozialpädagoge | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Sozialarbeiter/in | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ergotherapeut/in Beschäftigungstherapeut/in | 0 | 1 | 0,8 | 0 | 0 | 0,8 |
| Sonstige | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Zusätzliche Betreuungskräfte nach § 43b SGB XI | 0 | 12 | 0,5 - 0,65 | 1 | 0,2 | 6,8 |
| Hauswirtschaftliche Versorgung | | | | | | |
| Hauswirtschaftliche Fachkräfte (2-3 jährige Ausbildung oder Studium) | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Hilfskräfte und angelernte Kräfte | 5 | 7 | 0,32 - 0,75 | 5 | 0,2 | 9,74 |
| Sonstige | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

2. Allgemeine Informationen zur Prüfung

Gemeinsam mit der Pflegeeinrichtung stimmt das Prüfteam den Ablauf der Prüfung ab. Des Weiteren weisen sie auf den beratungsorientierten Prüfansatz und die Berücksichtigung der verschiedenen Informationsgrundlagen zur Bewertung der Qualitätsaspekte hin.

Die Einrichtungsvertreterinnen und Einrichtungsvertreter werden zudem darauf aufmerksam gemacht, dass nur die während der Qualitätsprüfung dargelegten Informationen in die Bewertung einbezogen werden.

Das Prüfteam informiert die Interessensvertretung der versorgten Personen über die Durchführung der Qualitätsprüfung.

Die Prüfung und das Abschlussgespräch verlaufen in einer offenen und kooperativen Atmosphäre. Die relevanten Fragestellungen werden in einer konstruktiven Zusammenarbeit bearbeitet. Die Qualitätsprüfer fassen die Ergebnisse der Überprüfung zusammen.

Die Stärken der Pflegeeinrichtung liegen in den Bereichen der individuellen strukturierten Informationssammlung der versorgten Personen, deren guten pflegerischen Zustand sowie der im Vordergrund stehenden Selbstbestimmung der versorgten Personen

Des Weiteren benennt das Prüfteam vorbehaltlich das festgestellte Defizit in Bezug auf das Schmerzmanagement.

Zudem erfolgt eine Beratung durch das Prüfteam zur Qualitätssicherung bzw. Qualitätsentwicklung. In diesem Zusammenhang werden folgende Aspekte angesprochen:

- Individuelle Beschreibung im Maßnahmenplan
- Inhaltsbeschreibung der geplanten Einzelbetreuungen

Die Einrichtungsvertreterinnen und Einrichtungsvertreter äußern keine abweichenden fachlichen Einschätzungen/Meinungen.

Abschließend erläutert das Prüfteam die weitere Vorgehensweise hinsichtlich des Prüfberichtes und überreicht der Pflegeeinrichtung Unterlagen zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI.

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

Anhand der zu Prüfbeginn vorgelegten Unterlagen ziehen die Qualitätsprüfer in Anwesenheit der Einrichtungsvertreter die Stichprobe. Im Folgenden holen sie die Einwilligungen der versorgten Personen, bzw. deren Vertretungsberechtigten, ein.

Die Stichprobenerhebung erfolgt analog zur Qualitätsprüfungs-Richtlinie (QPR). Im Rahmen der Stichprobe besucht das Prüfteam neun versorgte Personen.

Anzahl der versorgten Personen:

Subgruppe A: Fortbewegung = beeinträchtigt und Kognitive Fähigkeiten = beeinträchtigt 2

Subgruppe B: Fortbewegung = beeinträchtigt und Kognitive Fähigkeiten = unbeeinträchtigt 2

Subgruppe C: Fortbewegung = unbeeinträchtigt und Kognitive Fähigkeiten = beeinträchtigt 2

**In die Stichprobe einbezogene versorgte Personen wurden keiner Subgruppe zugeordnet. 3
Sie wurden über eine Zufallsauswahl anhand von Zufallszahlen während des Besuchs des Prüfteams in der Einrichtung durch das Prüfteam bestimmt.**

In die Stichprobe zur Plausibilitätskontrolle des Erhebungsreports wurden insgesamt 3 versorgte Personen einbezogen.

Es werden keine Auffälligkeiten bei der Plausibilitätskontrolle des Erhebungsreports festgestellt.

Im Rahmen der Stichprobe zur Qualitätsprüfung hat bei 6 versorgten Personen eine Plausibilitätskontrolle der Ergebnisindikatoren stattgefunden.

Es werden keine Auffälligkeiten bei der Plausibilitätskontrolle mit Ergebnisindikatoren festgestellt.

3. Gesamtbeurteilung der personenbezogenen Versorgung

| Gesamtübersicht der Stichprobe zur Qualitätsprüfung und Gesamtbewertung der Qualitätsaspekte | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|
| Hinweis: Mehrfachbewertungen sind möglich | | | | | |
| | Anzahl der Personen insgesamt, bei denen der QA 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 |
| Qualitätsbereich 1 | | | | | |
| Qualitätsaspekt 1.1 | 8 | 8 P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9 | | | |
| Qualitätsaspekt 1.2 | 5 | 5 P3, P4, P5, P6, P7 | | | |
| Qualitätsaspekt 1.3 | 6 | 6 P3, P4, P5, P6, P7, P8 | | | |
| Qualitätsaspekt 1.4 | 8 | 8 P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9 | | | |
| Qualitätsbereich 2 | | | | | |
| Qualitätsaspekt 2.1 | 9 | 9 P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9 | | | |
| Qualitätsaspekt 2.2 | 7 | 6 P3, P5, P6, P7, P8, P9 | | 1 P1 | |
| Qualitätsaspekt 2.3 | 2 | 2 P5, P9 | | | |
| Qualitätsaspekt 2.4 | 0 | | | | |
| | Anzahl der Personen insgesamt, bei denen der QA geprüft wurde | Auffälligkeiten und Defizite, die für die Beratung der Pflegeeinrichtung relevant sind. | | Defizite, die für den Maßnahmenbescheid der Pflegekasse relevant sein könnten. | |
| Qualitätsaspekt 2.5 | 0 | | | | |

| | Anzahl der Personen insgesamt, bei denen der QA 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 |
|---------------------------|---|----------------------------|--|---|--|
| Qualitätsbereich 3 | | | | | |
| Qualitätsaspekt 3.1 | 7 | 7 | | | |
| | | P2, P4, P5, P6, P7, P8, P9 | | | |
| Qualitätsaspekt 3.2 | 6 | 6 | | | |
| | | P2, P3, P4, P5, P6, P8 | | | |
| Qualitätsaspekt 3.3 | 4 | 4 | | | |
| | | P3, P5, P7, P8 | | | |
| Qualitätsbereich 4 | | | | | |
| Qualitätsaspekt 4.1 | 5 | 5 | | | |
| | | P1, P2, P4, P8, P9 | | | |
| Qualitätsaspekt 4.2 | 3 | 3 | | | |
| | | P2, P4, P5 | | | |
| Qualitätsaspekt 4.3 | 3 | 3 | | | |
| | | P3, P5, P6 | | | |
| Qualitätsaspekt 4.4 | 2 | 2 | | | |
| | | P4, P6 | | | |

Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

Qualitätsaussage

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

Der Qualitätsaspekt wurde bei insgesamt 8 in die Stichprobe einbezogenen versorgten Personen geprüft.

Gesamtbeurteilung (GB)

entfällt

| | |
|--|----------------------------------|
| Keine Auffälligkeiten | |
| P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9 | |
| Auffälligkeiten (bitte erläutern) | |
| | |
| Defizite mit Risiko negativer Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| | 0 |
| Defizite mit negativen Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| | 0 |
| Anmerkungen | |
| | |

1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Qualitätsaussage

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

Der Qualitätsaspekt wurde bei insgesamt 5 in die Stichprobe einbezogenen versorgten Personen geprüft.

Gesamtbeurteilung (GB)

entfällt

| | |
|--|----------------------------------|
| Keine Auffälligkeiten | |
| P3, P4, P5, P6, P7 | |
| Auffälligkeiten (bitte erläutern) | |
| | |
| Defizite mit Risiko negativer Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| | 0 |
| Defizite mit negativen Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| | 0 |
| Anmerkungen | |
| | |

1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung

Qualitätsaussage

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

Der Qualitätsaspekt wurde bei insgesamt 6 in die Stichprobe einbezogenen versorgten Personen geprüft.

Gesamtbeurteilung (GB)

entfällt

| | |
|---|----------------------------------|
| Keine Auffälligkeiten | |
| P3, P4, P5, P6, P7, P8 | |
| Auffälligkeiten (<i>bitte erläutern</i>) | |
| | |
| Defizite mit Risiko negativer Folgen (<i>bitte erläutern und bewerten</i>) | Anzahl versorgte Personen |
| | 0 |
| Defizite mit negativen Folgen (<i>bitte erläutern und bewerten</i>) | Anzahl versorgte Personen |
| | 0 |
| Anmerkungen | |
| | |

1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

Qualitätsaussage

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

Der Qualitätsaspekt wurde bei insgesamt 8 in die Stichprobe einbezogenen versorgten Personen geprüft.

Gesamtbeurteilung (GB)

entfällt

| | |
|---|----------------------------------|
| Keine Auffälligkeiten | |
| P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9 | |
| Auffälligkeiten (<i>bitte erläutern</i>) | |
| | |
| Defizite mit Risiko negativer Folgen (<i>bitte erläutern und bewerten</i>) | Anzahl versorgte Personen |
| | 0 |
| Defizite mit negativen Folgen (<i>bitte erläutern und bewerten</i>) | Anzahl versorgte Personen |
| | 0 |
| Anmerkungen | |
| | |

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.

Der Qualitätsaspekt wurde bei insgesamt 9 in die Stichprobe einbezogenen versorgten Personen geprüft.

Gesamtbeurteilung (GB)

entfällt

| | |
|--|----------------------------------|
| Keine Auffälligkeiten | |
| P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9 | |
| Auffälligkeiten (bitte erläutern) | |
| | |
| Defizite mit Risiko negativer Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| | 0 |
| Defizite mit negativen Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| | 0 |
| Anmerkungen | |
| | |

2.2 Schmerzmanagement

Qualitätsaussage

Versorgte Person mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

Der Qualitätsaspekt wurde bei insgesamt 7 in die Stichprobe einbezogenen versorgten Personen geprüft.

Gesamtbeurteilung (GB)

entfällt

| | |
|--|----------------------------------|
| Keine Auffälligkeiten | |
| P3, P5, P6, P7, P8, P9 | |
| Auffälligkeiten (bitte erläutern) | |
| | |
| Defizite mit Risiko negativer Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| <p>P1: Die versorgte Person mit Schmerzen erhält kein fachgerechtes Schmerzmanagement.</p> <p>Der konkrete Sachverhalt stellt sich wie folgt dar: Laut den ärztlichen Diagnosen leidet die versorgte Person an einem chronischen Schmerzsyndrom. Die anwesende Pflegefachkraft schildert, dass die versorgte Person sich selbständig mit Voltaren Schmerzgel am rechten Wadenbereich versorgt. Ein Schmerzmanagement bzw. Schmerzbefragungen sind in der vorliegenden Pflegedokumentation nicht dokumentiert. Laut Medikamentenplan kann die versorgte Person im Bedarfsfall Schmerzmedikamente erhalten. Ein Bedarf liegt im geprüften Zeitraum nicht vor.</p> <p>Während der Inaugenscheinnahme gibt die versorgte Person chronische Schmerzen in der rechten Ferse, Wadenbereich, Oberschenkel und Rücken an. Die versorgte Person versorgt selbständig die schmerzenden Bereiche täglich mit Voltaren Schmerzgel und nimmt zusätzlich selbständig zwei Tabletten</p> | 1 |

| | |
|--|----------------------------------|
| Novaminsulfon 500mg ein. Auf die Frage der Qualitätsprüferin an die versorgte Person, ob die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung eine Schmerzbefragung durchführen, gibt die versorgte Person an das die Versorgung mit Voltaren Gel durch die Pflegeeinrichtung befürwortet wird. Im pflegfachlichen Gespräch wird dargestellt, dass die versorgte Person selbständig Arztbesuche vornimmt. Von der aktuellen Schmerzsituation habe die anwesende Pflegefachkraft nichts gewusst. Noch während der Qualitätsprüfung wird ein Schmerzassessment angelegt. | |
| Die versorgte Person nimmt selbstbestimmt Arztbesuche wahr und gibt mäßige und erträgliche Schmerzen an. Einschränkungen in der Beweglichkeit sind im Rahmen der Qualitätsprüfung nicht ersichtlich. Es besteht aus Sicht der Qualitätsprüferin das Risiko einer negativen Folge aufgrund des fehlenden Schmerzmanagements. | |
| Defizite mit negativen Folgen (<i>bitte erläutern und bewerten</i>) | Anzahl versorgte Personen |
| | 0 |
| Anmerkungen | |
| | |

2.3 Wundversorgung

Qualitätsaussage

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

Der Qualitätsaspekt wurde bei insgesamt 2 in die Stichprobe einbezogenen versorgten Personen geprüft.

Gesamtbeurteilung (GB)

entfällt

| | |
|---|----------------------------------|
| Keine Auffälligkeiten | |
| P5, P9 | |
| Auffälligkeiten (<i>bitte erläutern</i>) | |
| | |
| Defizite mit Risiko negativer Folgen (<i>bitte erläutern und bewerten</i>) | Anzahl versorgte Personen |
| | 0 |
| Defizite mit negativen Folgen (<i>bitte erläutern und bewerten</i>) | Anzahl versorgte Personen |
| | 0 |
| Anmerkungen | |
| | |

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 (GB)

entfällt

Der Qualitätsaspekt wurde bei keiner in die Stichprobe einbezogenen versorgten Personen geprüft.

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 (GB) entfällt

Der Qualitätsaspekt wurde bei keiner in die Stichprobe einbezogenen versorgten Personen geprüft.

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.

Der Qualitätsaspekt wurde bei insgesamt 7 in die Stichprobe einbezogenen versorgten Personen geprüft.

Gesamtbeurteilung (GB) entfällt

| | |
|--|----------------------------------|
| Keine Auffälligkeiten | |
| P2, P4, P5, P6, P7, P8, P9 | |
| Auffälligkeiten (bitte erläutern) | |
| | |
| Defizite mit Risiko negativer Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| | 0 |
| Defizite mit negativen Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| | 0 |
| Anmerkungen | |
| | |

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.

Der Qualitätsaspekt wurde bei insgesamt 6 in die Stichprobe einbezogenen versorgten Personen geprüft.

Gesamtbeurteilung (GB) entfällt

| | |
|--|----------------------------------|
| Keine Auffälligkeiten | |
| P2, P3, P4, P5, P6, P8 | |
| Auffälligkeiten (bitte erläutern) | |
| | |
| Defizite mit Risiko negativer Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| | 0 |
| Defizite mit negativen Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| | |

| |
|--------------------|
| 0 |
| Anmerkungen |
| |

3.3 Nächtliche Versorgung

Qualitätsaussage

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

Der Qualitätsaspekt wurde bei insgesamt 4 in die Stichprobe einbezogenen versorgten Personen geprüft.

Gesamtbeurteilung (GB)

entfällt

| | |
|--|----------------------------------|
| Keine Auffälligkeiten | |
| P3, P5, P7, P8 | |
| Auffälligkeiten (bitte erläutern) | |
| | |
| Defizite mit Risiko negativer Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| | 0 |
| Defizite mit negativen Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| | 0 |
| Anmerkungen | |
| | |

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.

Der Qualitätsaspekt wurde bei insgesamt 5 in die Stichprobe einbezogenen versorgten Personen geprüft.

Gesamtbeurteilung (GB)

entfällt

| | |
|--|----------------------------------|
| Keine Auffälligkeiten | |
| P1, P2, P4, P8, P9 | |
| Auffälligkeiten (bitte erläutern) | |
| | |
| Defizite mit Risiko negativer Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| | 0 |
| Defizite mit negativen Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| | 0 |
| Anmerkungen | |
| | |

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.

Der Qualitätsaspekt wurde bei insgesamt 3 in die Stichprobe einbezogenen versorgten Personen geprüft.

Gesamtbeurteilung (GB)

entfällt

| | |
|--|----------------------------------|
| Keine Auffälligkeiten | |
| P2, P4, P5 | |
| Auffälligkeiten (bitte erläutern) | |
| | |
| Defizite mit Risiko negativer Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| | 0 |
| Defizite mit negativen Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| | 0 |
| Anmerkungen | |
| | |

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.

Der Qualitätsaspekt wurde bei insgesamt 3 in die Stichprobe einbezogenen versorgten Personen geprüft.

Gesamtbeurteilung (GB)

entfällt

| | |
|--|----------------------------------|
| Keine Auffälligkeiten | |
| P3, P5, P6 | |
| Auffälligkeiten (bitte erläutern) | |
| | |
| Defizite mit Risiko negativer Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| | 0 |
| Defizite mit negativen Folgen (bitte erläutern und bewerten) | Anzahl versorgte Personen |
| | 0 |
| Anmerkungen | |
| | |

4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Qualitätsaussage

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

Der Qualitätsaspekt wurde bei insgesamt 2 in die Stichprobe einbezogenen versorgten Personen geprüft.

Gesamtbeurteilung (GB)

entfällt

| | |
|---|----------------------------------|
| Keine Auffälligkeiten | |
| P4, P6 | |
| Auffälligkeiten (<i>bitte erläutern</i>) | |
| | |
| Defizite mit Risiko negativer Folgen (<i>bitte erläutern und bewerten</i>) | Anzahl versorgte Personen |
| | 0 |
| Defizite mit negativen Folgen (<i>bitte erläutern und bewerten</i>) | Anzahl versorgte Personen |
| | 0 |
| Anmerkungen | |
| | |

4. Beurteilung der bedarfsübergreifenden 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.

keine Defizite festgestellt Defizite festgestellt (bitte angeben):

5.2 Biografieorientierte Unterstützung

Qualitätsaussage

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

keine Defizite festgestellt Defizite festgestellt (bitte angeben):

5.3 Einhaltung von Hygieneanforderungen

Qualitätsaussage

Grundlegende Hygieneanforderungen werden eingehalten und umgesetzt.

keine Defizite festgestellt Defizite festgestellt (bitte angeben):

5.4 Hilfsmittelversorgung

Qualitätsaussage

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

keine Defizite festgestellt 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.

keine Defizite festgestellt Defizite festgestellt (bitte angeben):

Qualitätsbereich 6: Einrichtungsinterne Organisation und Qualitätsmanagement

6.1 Qualifikation der und Aufgabenwahrnehmung durch die verantwortliche Pflegefachkraft

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

| |
|--|
| Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft und ihrer Stellvertretung in dieser Pflegeeinrichtung (wöchentlicher Stundenumfang): |
| 78 |
| Stundenumfang, in dem die verantwortliche Pflegefachkraft und ihre Stellvertretung in der Pflege tätig sind: |
| 0 |

Prüffragen:

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

Erläuterungen zu den nicht erfüllten Anforderungen:

| | |
|---------|--------------|
| Ziffer: | Erläuterung: |
|---------|--------------|

6.2 Begleitung sterbender Bewohner 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 des Bewohners 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 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 |

Freitext:**Erläuterungen zu den nicht erfüllten Anforderungen:**

| | |
|---------|--------------|
| Ziffer: | Erläuterung: |
|---------|--------------|

6.3 Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten**Qualitätsaussage**

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

Informationserfassung

Qualitätsdefizite, die bei der letzten externen Prüfung festgestellt wurden oder danach auftraten:

Bei der letzten externen Prüfung wurden Qualitätsdefizite im Bereich der Struktur- und Ergebnisqualität festgestellt. (Schmerzmanagement, fehlende Unterschrift auf dem Dienstplan durch die verantwortliche Pflegefachkraft)

Interne Maßnahmen zur Identifizierung etwaiger Qualitätsdefizite:

Die Pflegeeinrichtung verfügt über interne Maßnahmen zur Identifizierung von Qualitätsdefiziten. Es werden monatlich Bereichsleitertreffen, Teamsitzungen, Treffen der Pflegedienstleitungen sowie Heimleiterkonferenzen durchgeführt. Zudem werden einmal im Jahr interne Audits durchgeführt. (Auswertung internes Beschwerdemanagement)

Aktuelle Maßnahmen zur Behebung von Qualitätsdefiziten:

Folgende Maßnahmen zur Behebung von Qualitätsdefiziten werden durchgeführt: Schulungen, Fortbildungen, Teamsitzungen, Schicht- Übergaben sowie Fallbesprechungen. Weiterhin wird der Pflegeprozess in festgelegten Intervallen evaluiert. Zudem erfolgte eine Umstellung auf EDV Dokumentation. Weiter wurde eine neue Stelle eines internen Qualitätsbeauftragten geschaffen.

Prüffragen:

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

4. Werden Maßnahmen zur Qualitätssicherung evaluiert? ja nein t.n.z.

5. Sind die Mitarbeiter in Verfahren zur Identifizierung von Qualitätsproblemen einbezogen? ja nein

Erläuterungen zu den nicht erfüllten Anforderungen:

| | |
|---------|--------------|
| Ziffer: | Erläuterung: |
|---------|--------------|

5. Gesamtergebnis der Plausibilitätskontrolle

Es werden keine Auffälligkeiten im Gesamtergebnis der Plausibilitätskontrolle festgestellt.

| Gesamtübersicht der Stichprobe zur Plausibilitätskontrolle des Erhebungsreports | | | |
|---|-----------------------|----------------------------|---------------------------------------|
| Anzahl der Personen insgesamt, bei denen der Erhebungsreport geprüft wurde | keine Auffälligkeiten | Auffälligkeit festgestellt | kritischer Bereich (ab drei Personen) |
| 3 | 3 | 0 | <input type="checkbox"/> |

| Gesamtübersicht der Stichprobe zur Plausibilitätskontrolle der Ergebnisindikatoren | | | | |
|--|--|--|--|---------------------------------------|
| Ergebnisindikatoren | Anzahl der Personen insgesamt, bei denen der Ergebnisindikator geprüft wurde | Anzahl der Personen insgesamt, bei denen keine Auffälligkeiten festgestellt wurden | Anzahl der Personen insgesamt, bei denen Auffälligkeiten festgestellt wurden | Kritischer Bereich (ab zwei Personen) |
| Qualitätsbereich 1 | | | | |
| Ergebnisindikator 1.1 (Plausibilitätskontrolle 1) | 6 | 6 | | <input type="checkbox"/> |
| | P1, P3, P4, P5, P6, P7 | P1, P3, P4, P5, P6, P7 | | |
| Ergebnisindikator 1.1 (Plausibilitätskontrolle 2) | 6 | 6 | | <input type="checkbox"/> |
| | P1, P3, P4, P5, P6, P7 | P1, P3, P4, P5, P6, P7 | | |
| Ergebnisindikator 1.2 | 6 | 6 | | <input type="checkbox"/> |
| | P1, P3, P4, P5, P6, P7 | P1, P3, P4, P5, P6, P7 | | |
| Ergebnisindikator 1.4 | 6 | 6 | | <input type="checkbox"/> |
| | P1, P3, P4, P5, P6, P7 | P1, P3, P4, P5, P6, P7 | | |
| Qualitätsbereich 2 | | | | |
| Ergebnisindikator 2.2 | 6 | 6 | | <input type="checkbox"/> |
| | P1, P3, P4, P5, P6, P7 | P1, P3, P4, P5, P6, P7 | | |
| Ergebnisindikator 2.3 | 6 | 6 | | <input type="checkbox"/> |
| | P1, P3, P4, P5, P6, P7 | P1, P3, P4, P5, P6, P7 | | |
| Qualitätsbereich 3 | | | | |
| Ergebnisindikator 3.2 (Plausibilitätskontrolle 1) | 6 | 6 | | <input type="checkbox"/> |
| | P1, P3, P4, P5, P6, P7 | P1, P3, P4, P5, P6, P7 | | |
| Ergebnisindikator 3.2 (Plausibilitätskontrolle 2) | 6 | 6 | | <input type="checkbox"/> |
| | P1, P3, P4, P5, P6, P7 | P1, P3, P4, P5, P6, P7 | | |
| Qualitätsbereich 4 | | | | |
| Ergebnisindikator 4.1 | 6 | 6 | | <input type="checkbox"/> |
| | P1, P3, P4, P5, P6, P7 | P1, P3, P4, P5, P6, P7 | | |
| Ergebnisindikator 4.2 | 6 | 6 | | <input type="checkbox"/> |
| | P1, P3, P4, P5, P6, P7 | P1, P3, P4, P5, P6, P7 | | |
| Ergebnisindikator 4.4 (Plausibilitätskontrolle 1) | 6 | 6 | | <input type="checkbox"/> |
| | P1, P3, P4, P5, P6, P7 | P1, P3, P4, P5, P6, P7 | | |
| Ergebnisindikator 4.4 (Plausibilitätskontrolle 2) | 6 | 6 | | <input type="checkbox"/> |
| | P1, P3, P4, P5, P6, P7 | P1, P3, P4, P5, P6, P7 | | |

| |
|--|
| Sonstige Anmerkungen oder Empfehlungen |
| |

6. Empfehlung zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten

| Qualitätsaspekt des Qualitätsbereiches 1 - 4 | Personenkennung | Bewertung je QA | Maßnahme | Frist |
|---|-----------------|-----------------|---|--------------|
| Qualitätsbereich 1 Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung | | | | |
| Qualitätsaspekt 1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität | | | | |
| Qualitätsaspekt 1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung | | | | |
| Qualitätsaspekt 1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung | | | | |
| Qualitätsaspekt 1.4 Unterstützung bei der Körperpflege | | | | |
| Qualitätsbereich 2 Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen | | | | |
| Qualitätsaspekt 2.1 Medikamentöse Therapie | | | | |
| Qualitätsaspekt 2.2 Schmerzmanagement | P1 | C | Die versorgte Person muss ein fachgerechtes pflegerisches Schmerzmanagement erhalten. Konkret bedeutet dies, dass ein systematisches Schmerzmanagement erfolgen muss. Hierbei muss die versorgte Person zur Schmerzlokalisierung, Schmerzintensität (bei Ruhe und Belastung), zeitlichen Dimension (z.B. erstes Auftreten, Verlauf, Rhythmus), verstärkende und lindernde Faktoren sowie ggf. Auswirkungen auf das Alltagsleben befragt werden. Das Ergebnis ist zu dokumentieren. | unverzüglich |
| Qualitätsaspekt 2.3 Wundversorgung | | | | |
| Qualitätsaspekt 2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen | | | | |
| Qualitätsaspekt 2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen | | | | |

| Qualitätsbereich 3 | | | | |
|--|--|--|--|--|
| Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte | | | | |
| Qualitätsaspekt 3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung | | | | |
| Qualitätsaspekt 3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation | | | | |
| Qualitätsaspekt 3.3 Nächtliche Versorgung | | | | |
| Qualitätsbereich 4 | | | | |
| Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen | | | | |
| Qualitätsaspekt 4.1 Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug | | | | |
| Qualitätsaspekt 4.2 Überleitung bei Kranken- hausaufenthalten | | | | |
| Qualitätsaspekt 4.3 Unterstützung von versorgten Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten und psychischen Problemlagen | | | | |
| Qualitätsaspekt 4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen | | | | |
| Qualitätsbereich 5 | | | | |
| Bedarfsübergreifende fachliche Anforderungen | | | | |
| Qualitätsaspekt 5.1 Abwehr von Risiken und Gefährdungen | | | | |
| Qualitätsaspekt 5.2 Biografieorientierte Unterstützung | | | | |
| Qualitätsaspekt 5.3 Einhaltung von Hygieneanforderungen | | | | |
| Qualitätsaspekt 5.4 Hilfsmittelversorgung | | | | |
| Qualitätsaspekt 5.5 Schutz von Persönlichkeitsrechten und Unversehrtheit | | | | |

| Qualitätsbereich 6 Einrichtunginterne Organisation und Qualitätsmanagement | | | |
|---|--|--|--|
| Qualitätsaspekt 6.1 Qualifikation der und Aufgabenwahrnehmung durch die verantwortliche Pflegefachkraft | | | |
| Qualitätsaspekt 6.2 Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen | | | |
| Qualitätsaspekt 6.3 Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten | | | |

Prüfung bei der versorgten Person- Allgemeine Angaben**Versorgte Person 1**

| A. Angaben zur Prüfung |
|---|
| 1. Auftragsnummer: 210526VS90000000-000039970 |
| 2. Datum: 26.05.2021 |
| 3. Uhrzeit: 10:31 |
| 4. Nummer Prüfbogen A: Beurteilung der personenbezogenen Versorgung - Heike.Lohr - 1 |

| B. Angaben zur versorgten Person |
|--|
| 1. Name: Anonymisiert |
| 2. Pflegekasse: AOK |
| 3. Pflege-/Wohnbereich: 5 |
| 4. Geburtsdatum: 1933 |
| 5. Alter in Jahren: 87 |
| 6. Einzugsdatum: 10/2020 |
| 7. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung: Diabetes mellitus, chronisches Schmerzsyndrom |
| 8. Personenbezogener Code (soweit vorhanden): 000010 |
| 9. Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 10. Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad <input type="checkbox"/> |
| 11. <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) <input checked="" type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) |
| 12. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person) ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 13. Vorhandene Unterlagen: Pflegedokumentation, weiterführende sowie archivierte Unterlagen |
| 14. Kurzzeitpflegegast ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> |

| C. Anwesende Personen |
|---|
| 1. Name der Gutachterin oder des Gutachters: Heike Lohr |
| 2. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung: Anonymisiert |
| 3. Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung: stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft, Wohnbereichsleitung/Pflegefachkraft |
| 4. sonstige Personen (z.B. gesetzliche Betreuerin oder gesetzlicher Betreuer): |

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Magensonde | <input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung |
| <input type="checkbox"/> PEG-Sonde | <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung |
| <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde | <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich |
| | <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich |
| | <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe |
| | <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft |
| | <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus |

Nahrung kcal/24 h + Flussrate

Flüssigkeit ml/24 h + Flussrate

Zustand der Sonde, Eintrittsstelle, Verband

- Subkutane Infusion
- i.v.-Infusion
- Hilfsmittel
- Sonstiges

Freitext:

Die Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme erfolgt ausschließlich oral. Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme werden nicht genutzt.

| |
|--------------------------------|
| Plausibilitätskontrolle |
|--------------------------------|

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

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

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

Beeinträchtigung der Harn- und Stuhlkontinenz:

Es liegen keine Einschränkungen im Bereich der Kontinenz, bzw. bei der selbständigen Versorgung einer Inkontinenz vor.

Nutzung von:

- suprapubischem Katheter
- transurethralem Katheter
- Inkontinenzprodukten
- offen geschlossen
- Hilfsmitteln
- Stoma
- Sonstigem

Freitext:

Es werden keine Hilfsmittel im Zusammenhang mit einer Harn- oder Stuhlinkontinenz genutzt.

1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit im Bereich der Körperpflege:

Bei der versorgten Person liegen keine Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit bei der Körperpflege vor.

| Plausibilitätskontrolle | | |
|--|---|--|
| 1. Stehen die Angaben zur Selbstständigkeit bei der Selbstversorgung in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen? | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |

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

Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5

Ärztliche An- bzw. Verordnung (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen auflisten):

Blutzuckermessung (1 x täglich/7 x wöchentlich)

Medikamentengabe (3 x täglich/7 x wöchentlich)

Medikamentengabe bei Bedarf

s.c. Injektionen (2 x täglich/7 x wöchentlich)

Zusammenfassende Einschätzung der Selbstständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen:

Bei der versorgten Person liegt ein teilweiser Unterstützungsbedarf im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen aufgrund von kognitiv bedingten Beeinträchtigungen vor.

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

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

Medikamentengabe (3 x täglich/7 x wöchentlich)

s.c. Injektionen (1 x täglich/7 x wöchentlich)

Medikamentengabe bei Bedarf

Ärztliches Verordnungsblatt

Medikationsplan

Bewertung

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

2.2 Schmerzmanagement

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

Informationserfassung

Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen (einschließlich chronischer Schmerz, der aufgrund der aktuellen Schmerzmedikation abgeklungen ist)?

- ja, akute Schmerzen
 ja, chronische Schmerzen
 nein

Lokalisation Wade rechts, Ferse und Oberschenkel rechts und unterer Rückenbereich

Schmerzintensität Aktuell gibt die versorgte Person mäßige Schmerzen an.

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung

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

Die versorgte Person mit Schmerzen erhält kein fachgerechtes Schmerzmanagement.

Der konkrete Sachverhalt stellt sich wie folgt dar:

Laut den ärztlichen Diagnosen leidet die versorgte Person an einem chronischen Schmerzsyndrom. Die anwesende Pflegefachkraft schildert, dass die versorgte Person sich selbständig mit Voltaren Schmerzgel am rechten Wadenbereich versorgt. Ein Schmerzmanagement bzw. Schmerzbefragungen sind in der vorliegenden Pflegedokumentation nicht dokumentiert. Laut Medikamentenplan kann die versorgte Person im Bedarfsfall Schmerzmedikamente erhalten. Ein Bedarf liegt im geprüften Zeitraum nicht vor.

Während der Inaugenscheinnahme gibt die versorgte Person chronische Schmerzen in der rechten Ferse, Wadenbereich, Oberschenkel und Rücken an. Die versorgte Person versorgt selbständig die schmerzenden Bereiche täglich mit Voltaren Schmerzgel und nimmt zusätzlich selbständig zwei Tabletten Novaminsulfon 500mg ein. Auf die Frage der Qualitätsprüferin an die versorgte Person, ob die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung eine Schmerzbefragung durchführen, gibt die versorgte Person an das die Versorgung mit Voltaren Gel durch die Pflegeeinrichtung befürwortet wird.

Im pflegfachlichen Gespräch wird dargestellt, dass die versorgte Person selbständig Arztbesuche vornimmt. Von der aktuellen Schmerzsituation habe die anwesende Pflegefachkraft nichts gewusst. Noch während der Qualitätsprüfung wird ein Schmerzassessment angelegt.

Die versorgte Person nimmt selbstbestimmt Arztbesuche wahr und gibt mäßige und erträgliche Schmerzen an. Einschränkungen in der Beweglichkeit sind im Rahmen der Qualitätsprüfung nicht ersichtlich. Es besteht aus Sicht der Qualitätsprüferin das Risiko einer negativen Folge aufgrund des fehlenden Schmerzmanagements.

Maßnahme:

Die versorgte Person muss ein fachgerechtes pflegerisches Schmerzmanagement erhalten.

Konkret bedeutet dies, dass ein systematisches Schmerzmanagement erfolgen muss. Hierbei muss die versorgte Person zur Schmerzlokalisierung, Schmerzintensität (bei Ruhe und Belastung), zeitlichen Dimension (z.B. erstes Auftreten, Verlauf, Rhythmus), verstärkende und lindernde Faktoren sowie ggf. Auswirkungen auf das Alltagsleben befragt werden. Das Ergebnis ist zu dokumentieren.

Frist:

unverzüglich

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person**2.3 Wundversorgung****Qualitätsaussage**

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

Informationserfassung**Beschreibung vorliegender Wunden****Freitext:**

Die versorgte Person weist keine Wunde auf.

Plausibilitätskontrolle

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

 keine Auffälligkeiten festgestellt
 Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben)
 trifft nicht zu
2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen**Qualitätsaussage**

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

Informationserfassung

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

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

Besondere ärztliche Anordnungen zu den oben genannten Bedarfslagen:

Bei der versorgten Person liegt keine der genannten Bedarfslagen vor.

2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

Im Folgenden werden die Feststellungen der Prüferin oder des Prüfers im Zusammenhang mit der Unterstützung der versorgten Person bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen, die nicht in die Bewertungen der Qualitätsaspekte 2.1 bis 2.4 eingeflossen sind, dokumentiert. Die Beurteilung erfolgt nicht in Form einer standardisierten Bewertung. Vielmehr ist zu entscheiden, ob die hier erfassten

- a) Auffälligkeiten für die Beratung der Einrichtung relevant sind
- b) Defizite für die Beratung relevant sind und für den Maßnahmenbescheid der Landesverbände der Pflegekassen relevant sein könnten.

Wurden durch die Prüferin oder den Prüfer Auffälligkeiten oder Defizite identifiziert, so sind diese aufzuführen und zu erläutern.

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen An- bzw. Verordnungen, bei denen Auffälligkeiten oder Defizite festgestellt wurden:
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.

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

3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

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

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

| |
|--|
| Hörvermögen der versorgten Person (auch unter Verwendung eines Hörgerätes): |
|--|

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

Genutzte Hilfsmittel:

Es werden keine Hilfsmittel zur Unterstützung der Sinneswahrnehmung genutzt.

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

Beeinträchtigung der Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte:

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

Die versorgte Person bedarf keiner Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung oder Kommunikation.

Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen:

Bei der versorgten Person liegen keine Beeinträchtigungen im Bereich der kognitiven Fähigkeiten vor.

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 Tagesablauf selbständig.

Plausibilitätskontrolle

| |
|---|
| 1. Stehen die Angaben zur Selbstständigkeit der versorgten Person bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen? |
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
| 2. Stehen die Angaben zu den kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten der versorgten Person in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen? |
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |

3.3 Nächtliche Versorgung

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Nächtlicher Unterstützungsbedarf:

Bei der versorgten Person liegt kein nächtlicher Unterstützungsbedarf vor.

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.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn die versorgte Person innerhalb der letzten 12 Monate eingezogen ist (Es gilt das Aufnahmedatum für die vollstationäre Pflege). Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

Bei Kurzzeitpflegegästen, die sich bereits länger als zwei Tage in der Einrichtung aufhalten, sind die Fragen in jedem Fall zu bearbeiten.

Informationserfassung

Einzugsdatum: 10/2020

Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPF): 09.10.2020

Anpassung der Unterstützung während der ersten 8 Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPF):

Die Pflegeeinrichtung führt im Rahmen der Pflege und der Betreuung Integrationsgespräche durch.

| Plausibilitätskontrolle |
|---|
| 1. Stehen die Angaben zum Einzug und zur Durchführung eines Integrationsgesprächs in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen? |
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |

Bewertung

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

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.

Informationstext

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

Die versorgte Person hatte in den letzten sechs Monaten keinen Krankenhausaufenthalt, aus diesem Grund sind keine weiteren Informationen zum Krankenhausaufenthalt vorhanden.

| Plausibilitätskontrolle |
|---|
| 1. Entsprechen die Angaben zu Krankenhausaufenthalten im Erhebungsbogen für die Ergebniserfassung den Informationen aus anderen Informationsquellen? |
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |

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:

Die versorgte Person zeigt kein herausfordernd erlebtes Verhalten oder psychische Problemlagen, die einen Hilfebedarf auslösen.

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 werden aktuell keine freiheitsentziehenden Maßnahmen eingesetzt. Ein Einsatz freiheitsentziehender Maßnahmen fand in den letzten vier Wochen ebenfalls nicht statt.

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

Bei der versorgten Person werden aktuell keine freiheitsentziehenden Maßnahmen eingesetzt. Ein Einsatz freiheitsentziehender Maßnahmen fand in den letzten vier Wochen ebenfalls nicht statt.

| Plausibilitätskontrolle | | |
|---|---|--|
| 1. Stehen die Angaben der Ergebniserfassung zur Anwendung von Gurten in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen? | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
| 2. Stehen die Angaben der Ergebniserfassung zur Anwendung von Bettseitenteilen in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen? | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |

Prüfung bei der versorgten Person- Allgemeine Angaben**Versorgte Person 2**

| A. Angaben zur Prüfung |
|---|
| 1. Auftragsnummer: 210526VS90000000-000039970 |
| 2. Datum: 26.05.2021 |
| 3. Uhrzeit: 13:00 |
| 4. Nummer Prüfbogen A: Beurteilung der personenbezogenen Versorgung - Heike.Lohr - 2 |

| B. Angaben zur versorgten Person |
|---|
| 1. Name: Anonymisiert |
| 2. Pflegekasse: AOK |
| 3. Pflege-/Wohnbereich: 5 |
| 4. Geburtsdatum: 1937 |
| 5. Alter in Jahren: 84 |
| 6. Einzugsdatum: 12/2020 |
| 7. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung: Diabetes mellitus, Aortenklappenstenose, chronische Nierenkrankheit, PAVK |
| 8. Personenbezogener Code (soweit vorhanden): |
| 9. Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| 10. Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad <input type="checkbox"/> |
| 11. <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) |
| 12. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person) ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 13. Vorhandene Unterlagen: Pflegedokumentation, weiterführende sowie archivierte Unterlagen |
| 14. Kurzzeitpflegegast ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> |

| C. Anwesende Personen |
|---|
| 1. Name der Gutachterin oder des Gutachters: Heike Lohr |
| 2. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung: Anonymisiert |
| 3. Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung: Stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft, Wohnbereichsleitung/Pflegefachkraft |
| 4. sonstige Personen (z.B. gesetzliche Betreuerin oder gesetzlicher Betreuer): |

Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

1. Beeinträchtigungen

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Positionswechsel im Bett | Erläuterungen: Treppen steigen: überwiegend selbständig |
| <input type="checkbox"/> Aufstehen | |
| <input type="checkbox"/> Halten einer stabilen Sitzposition | |
| <input type="checkbox"/> Lageveränderung im Sitzen | |
| <input type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen | |
| <input type="checkbox"/> Beweglichkeit der Extremitäten | |
| <input type="checkbox"/> Kraft | |

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

Es werden keine Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung genutzt.

Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

Bewertung

A) Keine Auffälligkeiten

1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Gewicht

aktuell 69,3

vor 3 Monaten 70

vor 6 Monaten 69,7

Hinweise auf eine Gewichtsabnahme:

Es liegen keine Hinweise auf eine Gewichtsabnahme vor.

Größe (in cm) 174

aktueller BMI 22,88

Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme:

Bei der versorgten Person liegen keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Ernährung oder Flüssigkeitsaufnahme vor.

Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme:

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Magensonde | <input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung |
| <input type="checkbox"/> PEG-Sonde | <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung |
| <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde | <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich |
| | <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich |
| | <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe |
| | <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft |
| | <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus |

Nahrung kcal/24 h + Flussrate

Flüssigkeit ml/24 h + Flussrate

Zustand der Sonde, Eintrittsstelle, Verband

- Subkutane Infusion
 i.v.-Infusion
 Hilfsmittel
 Sonstiges

Freitext:

Die Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme erfolgt ausschließlich oral. Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme werden nicht genutzt.

| |
|--------------------------------|
| Plausibilitätskontrolle |
|--------------------------------|

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

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

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

Beeinträchtigung der Harn- und Stuhlkontinenz:

Es liegen keine Einschränkungen im Bereich der Kontinenz, bzw. bei der selbständigen Versorgung einer Inkontinenz vor.

Nutzung von:

- suprapubischem Katheter
 transurethralem Katheter
 Inkontinenzprodukten
 offen geschlossen
 Hilfsmitteln
 Stoma
 Sonstigem

Freitext:

Es werden keine Hilfsmittel im Zusammenhang mit einer Harn- oder Stuhlinkontinenz genutzt.

1.4 Unterstützung bei der Körperpflege**Qualitätsaussage**

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

Informationserfassung

Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit im Bereich der Körperpflege:

Duschen/Baden: überwiegend selbständig

Plausibilitätskontrolle

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

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

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

Ärztliche An- bzw. Verordnung (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen auflisten):

Medikamentengabe (3 x täglich/7 x wöchentlich)

Medikamentengabe bei Bedarf

Zusammenfassende Einschätzung der Selbstständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen:

Die versorgte Person ist unselbständig im Umgang mit den therapiebedingten Anforderungen. Bei der versorgten Person liegt ein umfassender Unterstützungsbedarf im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen aufgrund von psychisch bedingten Beeinträchtigungen vor.

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

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

Medikamentengabe (3 x täglich/7 x wöchentlich)

Medikamentengabe bei Bedarf

Bewertung

A) Keine Auffälligkeiten**2.2 Schmerzmanagement****Qualitätsaussage**

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

Informationserfassung

Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen (einschließlich chronischer Schmerz, der aufgrund der aktuellen Schmerzmedikation abgeklungen ist)?

- ja, akute Schmerzen
 ja, chronische Schmerzen
 nein

Lokalisation

Schmerzintensität

Plausibilitätskontrolle

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

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

2.3 Wundversorgung**Qualitätsaussage**

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

Informationserfassung**Beschreibung vorliegender Wunden****Freitext:**

Die versorgte Person weist keine Wunde auf.

Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

Informationserfassung

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

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

Besondere ärztliche Anordnungen zu den oben genannten Bedarfslagen:

Bei der versorgten Person liegt keine der genannten Bedarfslagen vor.

2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

Im Folgenden werden die Feststellungen der Prüferin oder des Prüfers im Zusammenhang mit der Unterstützung der versorgten Person bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen, die nicht in die Bewertungen der Qualitätsaspekte 2.1 bis 2.4 eingeflossen sind, dokumentiert. Die Beurteilung erfolgt nicht in Form einer standardisierten Bewertung. Vielmehr ist zu entscheiden, ob die hier erfassten

a) Auffälligkeiten für die Beratung der Einrichtung relevant sind

b) Defizite für die Beratung relevant sind und für den Maßnahmenbescheid der Landesverbände der Pflegekassen relevant sein könnten.

Wurden durch die Prüferin oder den Prüfer Auffälligkeiten oder Defizite identifiziert, so sind diese aufzuführen und zu erläutern.

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen An- bzw. Verordnungen, bei denen Auffälligkeiten oder Defizite festgestellt wurden:

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.

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:

Es werden keine Hilfsmittel zur Unterstützung der Sinneswahrnehmung genutzt.

Bewertung**A) Keine Auffälligkeiten****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**Beeinträchtigung der Selbstständigkeit 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 geringfügige Beeinträchtigungen im Bereich der kognitiven Fähigkeiten vor. Diese lösen einen geringfügigen Unterstützungsbedarf aus.

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 Tagesablauf selbständig.

| Plausibilitätskontrolle | | |
|---|---|---|
| 1. Stehen die Angaben zur Selbstständigkeit der versorgten Person bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen? | | |
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |
| 2. Stehen die Angaben zu den kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten der versorgten Person in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen? | | |
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |
| Bewertung | | |
| A) Keine Auffälligkeiten | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | | |

3.3 Nächtliche Versorgung

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Nächtlicher Unterstützungsbedarf:

Bei der versorgten Person liegt kein nächtlicher Unterstützungsbedarf vor.

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.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn die versorgte Person innerhalb der letzten 12 Monate eingezogen ist (Es gilt das Aufnahmedatum für die vollstationäre Pflege). Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

Bei Kurzzeitpflegegästen, die sich bereits länger als zwei Tage in der Einrichtung aufhalten, sind die Fragen in jedem Fall zu bearbeiten.

Informationserfassung

Einzugsdatum: 12/2020

Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPF): 04.02.2021

Anpassung der Unterstützung während der ersten 8 Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPF):

Die versorgte Person wird von einer benannten Bezugspflegefachkraft zusammen mit den Mitarbeiter/Innen der Sozialen Betreuung beim Einzug und in der Folgezeit begleitet, um die Phase der Eingewöhnung in den Alltag der Einrichtung zu erleichtern/zunterstützen.

| Plausibilitätskontrolle | | |
|---|---|---|
| 1. Stehen die Angaben zum Einzug und zur Durchführung eines Integrationsgesprächs in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen? | | |
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |
| Bewertung | | |
| A) Keine Auffälligkeiten | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | | |

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.

Informationstext

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

Krankenhausaufenthalt von 20.12.2020 bis 19.01.2020

Einweisungsgrund: Abdominalschmerz

| Plausibilitätskontrolle | | |
|--|---|---|
| 1. Entsprechen die Angaben zu Krankenhausaufenthalten im Erhebungsbogen für die Ergebniserfassung den Informationen aus anderen Informationsquellen? | | |
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |

Bewertung

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

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:

Die versorgte Person zeigt kein herausfordernd erlebtes Verhalten oder psychische Problemlagen, die einen Hilfebedarf auslösen.

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 werden aktuell keine freiheitsentziehenden Maßnahmen eingesetzt. Ein Einsatz freiheitsentziehender Maßnahmen fand in den letzten vier Wochen ebenfalls nicht statt.

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

Bei der versorgten Person werden aktuell keine freiheitsentziehenden Maßnahmen eingesetzt. Ein Einsatz freiheitsentziehender Maßnahmen fand in den letzten vier Wochen ebenfalls nicht statt.

Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

Prüfung bei der versorgten Person- Allgemeine Angaben**Versorgte Person 3**

| A. Angaben zur Prüfung |
|---|
| 1. Auftragsnummer: 210526VS90000000-000039970 |
| 2. Datum: 26.05.2021 |
| 3. Uhrzeit: 14:02 |
| 4. Nummer Prüfbogen A: Beurteilung der personenbezogenen Versorgung - Heike.Lohr - 3 |

| B. Angaben zur versorgten Person |
|--|
| 1. Name: Anonymisiert |
| 2. Pflegekasse: Barmer |
| 3. Pflege-/Wohnbereich: 5 |
| 4. Geburtsdatum: 1935 |
| 5. Alter in Jahren: 85 |
| 6. Einzugsdatum: 9/2018 |
| 7. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung: Morbus Parkinson, Demenz, Osteoporose, Zustand nach Femur Fraktur links und rechts, chronische Rückenschmerzen |
| 8. Personenbezogener Code (soweit vorhanden): 000104 |
| 9. Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 10. Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad <input type="checkbox"/> |
| 11. <input checked="" type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) |
| 12. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person) ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 13. Vorhandene Unterlagen: Pflegedokumentation, weiterführende sowie archivierte Unterlagen |
| 14. Kurzzeitpflegegast ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> |

| C. Anwesende Personen |
|---|
| 1. Name der Gutachterin oder des Gutachters: Heike Lohr |
| 2. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung: Anonymisiert |
| 3. Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung: stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft, Wohnbereichsleitung/Pflegefachkraft |
| 4. sonstige Personen (z.B. gesetzliche Betreuerin oder gesetzlicher Betreuer): |

Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

1. Beeinträchtigungen

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Positionswechsel im Bett | Erläuterungen: |
| <input checked="" type="checkbox"/> Aufstehen | Aufstehen: unselbständig |
| <input checked="" type="checkbox"/> Halten einer stabilen Sitzposition | Lageveränderung im Sitzen: unselbständig |
| <input checked="" type="checkbox"/> Lageveränderung im Sitzen | Halten einer stabilen Sitzposition: überwiegend unselbständig |
| <input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance | Stehen und Gehen, Balance: unselbständig |
| <input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen | Treppen steigen: unselbständig |
| <input checked="" type="checkbox"/> Beweglichkeit der Extremitäten | Kraft: deutlich kraftgemindert |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kraft | Beweglichkeit der Extremitäten: Faustschluss rechts/links inkomplett, aktive Ellenbogenbeweglichkeit rechts/links eingeschränkt, aktive Hüftbeweglichkeit/Kniebeweglichkeit/Fußbeweglichkeit rechts/ links eingeschränkt |

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

| |
|---|
| Rollator Sitzkissen aus Weichlagerungsmaterialien Sturzkissen Sturzmatte |
|---|

Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

Bewertung

A) Keine Auffälligkeiten

1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Gewicht

aktuell 52,4

vor 3 Monaten 52

vor 6 Monaten 52,2

Hinweise auf eine Gewichtsabnahme:

Es liegen keine Hinweise auf eine Gewichtsabnahme vor.

Größe (in cm) 150

aktueller BMI 23,28

Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme:

Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung: unselbständig

Eingießen von Getränken: unselbständig

Essen: überwiegend unselbständig

Trinken: überwiegend unselbständig

Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme:

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

Nahrung kcal/24 h + Flussrate

Flüssigkeit ml/24 h + Flussrate

Zustand der Sonde, Eintrittsstelle, Verband

 Subkutane Infusion i.v.-Infusion Hilfsmittel

Trinkbecher mit Aufsatz

 Sonstiges**Plausibilitätskontrolle**

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

 keine Auffälligkeiten festgestellt Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) trifft nicht zu**Bewertung****A) Keine Auffälligkeiten****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

Beeinträchtigung der Harn- und Stuhlkontinenz:

Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz: unselbständig

Es liegt eine abhängig kompensierte Inkontinenz vor.

Nutzung von:

- suprapubischem Katheter
 transurethralem Katheter
 Inkontinenzprodukten
 offen geschlossen
 Hilfsmitteln
 Stoma
 Sonstigem

Bewertung**A) Keine Auffälligkeiten****1.4 Unterstützung bei der Körperpflege****Qualitätsaussage**

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

Informationserfassung

Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit im Bereich der Körperpflege:

- Waschen des Oberkörpers: unselbständig
 Waschen des Intimbereichs: unselbständig
 Duschen/Baden einschließlich Haarwäsche: unselbständig
 An- und Auskleiden des Oberkörpers: unselbständig
 An- und Auskleiden des Unterkörpers: unselbständig

Plausibilitätskontrolle

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

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

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

Ärztliche An- bzw. Verordnung (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen auflisten):

- Medikamentengabe (3 x täglich/7 x wöchentlich)
 Medikamentengabe bei Bedarf
 s.c. Injektionen (1x täglich/7 x wöchentlich)

Zusammenfassende Einschätzung der Selbstständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen:

Die versorgte Person ist unselbständig im Umgang mit den therapiebedingten Anforderungen.
Bei der versorgten Person liegt ein umfassender Unterstützungsbedarf im Umgang mit therapiebedingten

Anforderungen aufgrund von kognitiv bedingten Beeinträchtigungen vor.

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

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

Medikamentengabe (3 x täglich/7 x wöchentlich)

Medikamentengabe bei Bedarf

s.c. Injektionen (1 x täglich/7 x wöchentlich)

Ärztliches Verordnungsblatt

Medikationsplan

Bewertung

A) Keine Auffälligkeiten



2.2 Schmerzmanagement

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

Informationserfassung

Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen (einschließlich chronischer Schmerz, der aufgrund der aktuellen Schmerzmedikation abgeklungen ist)?

ja, akute Schmerzen

ja, chronische Schmerzen

nein

Lokalisation Rücken, Zustand nach Femur Fraktur links und rechts

Schmerzintensität Die Pflegeeinrichtung nutzt die BESD-Skala zur Einschätzung. Aktuell macht die versorgte einen schmerzfreen Eindruck.

Plausibilitätskontrolle

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

keine Auffälligkeiten festgestellt

Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben)

trifft nicht zu

Bewertung

A) Keine Auffälligkeiten



2.3 Wundversorgung

Qualitätsaussage

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

Informationserfassung

Beschreibung vorliegender Wunden

Freitext:

Die versorgte Person weist keine Wunde auf.

Plausibilitätskontrolle

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

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

2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

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

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

Besondere ärztliche Anordnungen zu den oben genannten Bedarfslagen:

Bei der versorgten Person liegt keine der genannten Bedarfslagen vor.

2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

Im Folgenden werden die Feststellungen der Prüferin oder des Prüfers im Zusammenhang mit der Unterstützung der versorgten Person bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen, die nicht in die Bewertungen der Qualitätsaspekte 2.1 bis 2.4 eingeflossen sind, dokumentiert. Die Beurteilung erfolgt nicht in Form einer standardisierten Bewertung. Vielmehr ist zu entscheiden, ob die hier erfassten

a) Auffälligkeiten für die Beratung der Einrichtung relevant sind

b) Defizite für die Beratung relevant sind und für den Maßnahmenbescheid der Landesverbände der Pflegekassen relevant sein könnten.

Wurden durch die Prüferin oder den Prüfer Auffälligkeiten oder Defizite identifiziert, so sind diese aufzuführen und zu erläutern.

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen An- bzw. Verordnungen, bei denen Auffälligkeiten oder Defizite festgestellt wurden:
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.

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

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

Informationserfassung

| |
|---|
| Sehvermögen der versorgten Person bei ausreichender Beleuchtung (auch unter Verwendung von Sehhilfen): |
| <input type="checkbox"/> nicht eingeschränkt (Gegenstände im Zimmer werden erkannt) |
| <input 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 checked="" type="checkbox"/> Beurteilung ist nicht möglich |

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

Genutzte Hilfsmittel:

Es werden keine Hilfsmittel zur Unterstützung der Sinneswahrnehmung genutzt.

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**Beeinträchtigung der Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte:**

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

Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen:

Bei der versorgten Person liegen erhebliche Beeinträchtigungen im Bereich der kognitiven Fähigkeiten vor. Diese lösen einen erheblichen Unterstützungsbedarf aus.

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 in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

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

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

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

Bewertung**A) Keine Auffälligkeiten****3.3 Nächtliche Versorgung****Qualitätsaussage**

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

Informationserfassung

Nächtlicher Unterstützungsbedarf:

Ein regelmäßiger nächtlicher Unterstützungsbedarf liegt vor:

- bei der Inkontinenzversorgung

Bewertung**A) Keine Auffälligkeiten**

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.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn die versorgte Person innerhalb der letzten 12 Monate eingezogen ist (Es gilt das Aufnahmedatum für die vollstationäre Pflege). Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

Bei Kurzzeitpflegegästen, die sich bereits länger als zwei Tage in der Einrichtung aufhalten, sind die Fragen in jedem Fall zu bearbeiten.

Informationserfassung

Einzugsdatum: 9/2018

Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPF):

Anpassung der Unterstützung während der ersten 8 Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPF):

| Plausibilitätskontrolle | | |
|---|---|--|
| 1. Stehen die Angaben zum Einzug und zur Durchführung eines Integrationsgesprächs in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen? | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |

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.

Informationstext

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

Die versorgte Person hatte in den letzten sechs Monaten keinen Krankenhausaufenthalt, aus diesem Grund sind keine weiteren Informationen zum Krankenhausaufenthalt vorhanden.

| Plausibilitätskontrolle | | |
|--|---|--|
| 1. Entsprechen die Angaben zu Krankenhausaufenthalten im Erhebungsbogen für die Ergebniserfassung den Informationen aus anderen Informationsquellen? | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |

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 herausfordernd erlebte Verhaltensweisen vor. Diese äußern sich in:

- der Abwehr pflegerischer Maßnahmen

Dieses Verhalten tritt häufig auf.

Es liegt kein Gefährdungspotenzial für die versorgte Person vor.

Bewertung**A) Keine Auffälligkeiten****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 werden aktuell keine freiheitsentziehenden Maßnahmen eingesetzt. Ein Einsatz freiheitsentziehender Maßnahmen fand in den letzten vier Wochen ebenfalls nicht statt.

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

Bei der versorgten Person werden aktuell keine freiheitsentziehenden Maßnahmen eingesetzt. Ein Einsatz freiheitsentziehender Maßnahmen fand in den letzten vier Wochen ebenfalls nicht statt.

Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

Prüfung bei der versorgten Person- Allgemeine Angaben**Versorgte Person 4**

| A. Angaben zur Prüfung |
|---|
| 1. Auftragsnummer: 210526VS90000000-000039970 |
| 2. Datum: 27.05.2021 |
| 3. Uhrzeit: 09:35 |
| 4. Nummer Prüfbogen A: Beurteilung der personenbezogenen Versorgung - Heike.Lohr - 4 |

| B. Angaben zur versorgten Person |
|--|
| 1. Name: Anonymisiert |
| 2. Pflegekasse: Debeka |
| 3. Pflege-/Wohnbereich: 4 |
| 4. Geburtsdatum: 1939 |
| 5. Alter in Jahren: 81 |
| 6. Einzugsdatum: 10/2020 |
| 7. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung: Blasenkatheter, Diabetes mellitus, Spinalkanalstenose, Hypertonie, Schwindel |
| 8. Personenbezogener Code (soweit vorhanden): 000067 |
| 9. Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 10. Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad <input type="checkbox"/> |
| 11. <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) <input checked="" type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) |
| 12. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person) ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 13. Vorhandene Unterlagen: Pflegedokumentation, weiterführende sowie archivierte Unterlagen |
| 14. Kurzzeitpflegegast ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> |

| C. Anwesende Personen |
|---|
| 1. Name der Gutachterin oder des Gutachters: Heike Lohr |
| 2. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung: Anonymisiert |
| 3. Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung: stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft, Wohnbereichsleitung/Pflegefachkraft |
| 4. sonstige Personen (z.B. gesetzliche Betreuerin oder gesetzlicher Betreuer): |

Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

1. Beeinträchtigungen

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Positionswechsel im Bett | Erläuterungen: Aufstehen: überwiegend selbständig Stehen und Gehen, Balance: Kurze Distanzen geht die versorgte Person alleine. Über längere Distanzen erfolgt die aktive Fortbewegung im Rollstuhl. Treppen steigen: unselbständig Kraft: altersbedingte Kraftminderung Beweglichkeit der Extremitäten: Es zeigt sich ein Streckdefizit in den Kniegelenken. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Aufstehen | |
| <input type="checkbox"/> Halten einer stabilen Sitzposition | |
| <input type="checkbox"/> Lageveränderung im Sitzen | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Beweglichkeit der Extremitäten | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kraft | |

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

Rollstuhl manuell

Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

Bewertung

A) Keine Auffälligkeiten

1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Gewicht

aktuell 73,7

vor 3 Monaten 73

vor 6 Monaten 70

Hinweise auf eine Gewichtsabnahme:

Es liegen keine Hinweise auf eine Gewichtsabnahme vor.

Größe (in cm) 188 aktueller BMI 20,85

Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme:

Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung: überwiegend selbständig

Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme:

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Magensonde | <input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung |
| <input type="checkbox"/> PEG-Sonde | <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung |
| <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde | <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich |
| | <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich |
| | <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe |
| | <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft |
| | <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus |

Nahrung kcal/24 h + Flussrate

Flüssigkeit ml/24 h + Flussrate

Zustand der Sonde, Eintrittsstelle, Verband

- Subkutane Infusion
- i.v.-Infusion
- Hilfsmittel
- Sonstiges

Freitext:

Die Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme erfolgt ausschließlich oral. Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme werden nicht genutzt.

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung

A) Keine Auffälligkeiten



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

Beeinträchtigung der Harn- und Stuhlkontinenz:

Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter: unselbständig

Nutzung von:

- suprapubischem Katheter
- transurethralem Katheter
- Inkontinenzprodukten
- offen geschlossen

- Hilfsmitteln
 Stoma
 Sonstigem

Bewertung

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

1.4 Unterstützung bei der Körperpflege**Qualitätsaussage**

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

Informationserfassung

Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit im Bereich der Körperpflege:

Waschen des Oberkörpers: überwiegend selbständig

Waschen des Intimbereichs: überwiegend unselbständig

Duschen/Baden einschließlich Haarwäsche: überwiegend unselbständig

An- und Auskleiden des Oberkörpers: überwiegend unselbständig

An- und Auskleiden des Unterkörpers: überwiegend unselbständig

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung

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

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

Ärztliche An- bzw. Verordnung (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen auflisten):

Medikamentengabe (3 x täglich/7 x wöchentlich)

Medikamentengabe bei Bedarf

Versorgung des Blasenkatheters (1 x täglich/alle 6 Wochen)

Zusammenfassende Einschätzung der Selbstständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen:

Die versorgte Person ist unselbständig im Umgang mit den therapiebedingten Anforderungen.

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

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

Medikamentengabe (3 x täglich/7 x wöchentlich)

Medikamentengabe bei Bedarf

Ärztliches Verordnungsblatt

Medikationsplan

Bewertung

A) Keine Auffälligkeiten



2.2 Schmerzmanagement

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

Informationserfassung

Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen (einschließlich chronischer Schmerz, der aufgrund der aktuellen Schmerzmedikation abgeklungen ist)?

ja, akute Schmerzen

ja, chronische Schmerzen

nein

Lokalisation

Schmerzintensität

Plausibilitätskontrolle

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

keine Auffälligkeiten festgestellt

Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben)

trifft nicht zu

2.3 Wundversorgung

Qualitätsaussage

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

Informationserfassung

Beschreibung vorliegender Wunden

Freitext:

Die versorgte Person weist keine Wunde auf.

| Plausibilitätskontrolle |
|---|
| 1. Stehen die Angaben zur Dekubitusentstehung in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen? |
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |

2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

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

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

Besondere ärztliche Anordnungen zu den oben genannten Bedarfslagen:

Bei der versorgten Person liegt keine der genannten Bedarfslagen vor.

2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

Im Folgenden werden die Feststellungen der Prüferin oder des Prüfers im Zusammenhang mit der Unterstützung der versorgten Person bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen, die nicht in die Bewertungen der Qualitätsaspekte 2.1 bis 2.4 eingeflossen sind, dokumentiert. Die Beurteilung erfolgt nicht in Form einer standardisierten Bewertung. Vielmehr ist zu entscheiden, ob die hier erfassten

a) Auffälligkeiten für die Beratung der Einrichtung relevant sind

b) Defizite für die Beratung relevant sind und für den Maßnahmenbescheid der Landesverbände der Pflegekassen relevant sein könnten.

Wurden durch die Prüferin oder den Prüfer Auffälligkeiten oder Defizite identifiziert, so sind diese aufzuführen und zu erläutern.

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen An- bzw. Verordnungen, bei denen Auffälligkeiten oder Defizite festgestellt wurden:

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.

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

A) Keine Auffälligkeiten

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**Beeinträchtigung der Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte:**

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

Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen:

Bei der versorgten Person liegen psychische Beeinträchtigungen vor.
Diese lösen einen geringfügigen Unterstützungsbedarf aus.

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 in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen? |
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
| 2. Stehen die Angaben zu den kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten der versorgten Person in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen? |
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |

Bewertung

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

3.3 Nächtliche Versorgung**Qualitätsaussage**

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

Informationserfassung

Nächtlicher Unterstützungsbedarf:

Bei der versorgten Person liegt kein nächtlicher Unterstützungsbedarf vor.

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.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn die versorgte Person innerhalb der letzten 12 Monate eingezogen ist (Es gilt das Aufnahmedatum für die vollstationäre Pflege). Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

Bei Kurzzeitpflegegästen, die sich bereits länger als zwei Tage in der Einrichtung aufhalten, sind die Fragen in jedem Fall zu bearbeiten.

Informationserfassung

Einzugsdatum: 10/2020

Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPF): 13.10.2020

Anpassung der Unterstützung während der ersten 8 Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPF):

Die Pflegeeinrichtung führt im Rahmen der Pflege und der Betreuung Integrationsgespräche durch.

Plausibilitätskontrolle

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

 keine Auffälligkeiten festgestellt Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) trifft nicht zu**Bewertung****A) Keine Auffälligkeiten****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.

Informationstext

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

Krankenhausaufenthalt von 09.12.2020 bis 09.12.2020

Einweisungsgrund: neuer Blasenkatheter gelegt

Krankenhausaufenthalt von 13.01.2021 bis 21.01.2021

Einweisungsgrund: schlechter Allgemeinzustand

Plausibilitätskontrolle

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

 keine Auffälligkeiten festgestellt Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) trifft nicht zu**Bewertung****A) Keine Auffälligkeiten****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:

Die versorgte Person zeigt kein herausfordernd erlebtes Verhalten oder psychische Problemlagen, die einen Hilfebedarf auslösen.

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:

Bettseitenteil zur Nacht.

Im Fachgespräch und nach Auskunft der versorgten Person besteht in der Nacht die Angst, aus dem Bett zu fallen.

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

Es liegt eine Einwilligung der versorgten Person zum Anbringen der Bettseitenteile vor.

| Plausibilitätskontrolle | | |
|---|---|--|
| 1. Stehen die Angaben der Ergebniserfassung zur Anwendung von Gurten in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen? | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
| 2. Stehen die Angaben der Ergebniserfassung zur Anwendung von Bettseitenteilen in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen? | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |

Bewertung

A) Keine Auffälligkeiten

Prüfung bei der versorgten Person- Allgemeine Angaben**Versorgte Person 5**

| A. Angaben zur Prüfung |
|---|
| 1. Auftragsnummer: 210526VS90000000-000039970 |
| 2. Datum: 27.05.2021 |
| 3. Uhrzeit: 11:22 |
| 4. Nummer Prüfbogen A: Beurteilung der personenbezogenen Versorgung - Heike.Lohr - 5 |

| B. Angaben zur versorgten Person |
|--|
| 1. Name: Anonymisiert |
| 2. Pflegekasse: Barmer |
| 3. Pflege-/Wohnbereich: 4 |
| 4. Geburtsdatum: 1939 |
| 5. Alter in Jahren: 81 |
| 6. Einzugsdatum: 8/2019 |
| 7. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung: Demenz bei Alzheimer |
| 8. Personenbezogener Code (soweit vorhanden): 000028 |
| 9. Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 10. Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> kein Pflegegrad <input type="checkbox"/> |
| 11. <input checked="" type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) |
| 12. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person) ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 13. Vorhandene Unterlagen: Pflegedokumentation, weiterführende sowie archivierte Unterlagen |
| 14. Kurzzeitpflegegast ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> |

| C. Anwesende Personen |
|---|
| 1. Name der Gutachterin oder des Gutachters: Heike Lohr |
| 2. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung: Anonymisiert |
| 3. Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung: stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft, Wohnbereichsleitung/Pflegefachkraft |
| 4. sonstige Personen (z.B. gesetzliche Betreuerin oder gesetzlicher Betreuer): |

Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

1. Beeinträchtigungen

| | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Positionswechsel im Bett | Erläuterungen: Positionswechsel im Bett: überwiegend unselbständig Aufstehen: unselbständig Lageveränderung im Sitzen: überwiegend unselbständig Halten einer stabilen Sitzposition: unselbständig Stehen und Gehen, Balance: unselbständig Treppen steigen: unselbständig Kraft: deutlich kraftgemindert Beweglichkeit der Extremitäten: Eine zielgerichtete Eigenbewegung ist nicht immer möglich. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Aufstehen | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Halten einer stabilen Sitzposition | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Lageveränderung im Sitzen | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Beweglichkeit der Extremitäten | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kraft | |

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

| |
|--|
| Rollstuhl manuell Sitzkissen aus Weichlagerungsmaterialien Sturzkissen Wechseldrucksystem |
|--|

Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

Bewertung

A) Keine Auffälligkeiten

1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Gewicht

aktuell 47,1

vor 3 Monaten 48,7

vor 6 Monaten 46

Hinweise auf eine Gewichtsabnahme:

Es liegen keine Hinweise auf eine Gewichtsabnahme vor.

Größe (in cm) 158

aktueller BMI 18,86

Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme:

Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung: unselbständig

Essen: überwiegend selbständig

Trinken: überwiegend selbständig

Eingießen von Getränken: unselbständig

Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme:

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

Nahrung kcal/24 h + Flussrate

Flüssigkeit ml/24 h + Flussrate

Zustand der Sonde, Eintrittsstelle, Verband

 Subkutane Infusion i.v.-Infusion Hilfsmittel Sonstiges**Freitext:**

Die Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme erfolgt ausschließlich oral. Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme werden nicht genutzt.

Plausibilitätskontrolle

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

 keine Auffälligkeiten festgestellt Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) trifft nicht zu**Bewertung****A) Keine Auffälligkeiten****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

Beeinträchtigung der Harn- und Stuhlkontinenz:

Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz: unselbständig

Es liegt eine abhängig kompensierte Inkontinenz vor.

Nutzung von:

suprapubischem Katheter

transurethralem Katheter

Inkontinenzprodukten

offen

geschlossen

Hilfsmitteln

Stoma

Sonstigem

Bewertung

A) Keine Auffälligkeiten

1.4 Unterstützung bei der Körperpflege**Qualitätsaussage**

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

Informationserfassung

Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit im Bereich der Körperpflege:

Waschen des Oberkörpers: unselbständig

Körperpflege im Bereich des Kopfes: unselbständig

Waschen des Intimbereichs: unselbständig

Duschen/Baden einschließlich Haarwäsche: unselbständig

An- und Auskleiden des Oberkörpers: unselbständig

An- und Auskleiden des Unterkörpers: unselbständig

Plausibilitätskontrolle

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

keine Auffälligkeiten festgestellt

Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben)

trifft nicht zu

Bewertung

A) Keine Auffälligkeiten

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

Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5

Ärztliche An- bzw. Verordnung (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen auflisten):

Medikamentengabe (1 x täglich/ 7 x wöchentlich)

Medikamentengabe bei Bedarf

Wundbehandlung (1x täglich/alle zwei Tage)

Zusammenfassende Einschätzung der Selbstständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen:

Die versorgte Person ist unselbständig im Umgang mit den therapiebedingten Anforderungen. Bei der versorgten Person liegt ein umfassender Unterstützungsbedarf im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen aufgrund von kognitiv bedingten Beeinträchtigungen vor.

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

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

Medikamentengabe (1 x täglich/7 x wöchentlich)

Medikamentengabe bei Bedarf

Ärztliches Verordnungsblatt

Medikationsplan

Bewertung

A) Keine Auffälligkeiten



2.2 Schmerzmanagement

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

Informationserfassung

Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen (einschließlich chronischer Schmerz, der aufgrund der aktuellen Schmerzmedikation abgeklungen ist)?

ja, akute Schmerzen

ja, chronische Schmerzen

nein

Lokalisation chronische Wunde am linken Trochanter

Schmerzintensität Die Pflegeeinrichtung nutzt die verbale Bewertungsskala zur Einschätzung. Letztmalig ist bei Belastung ein leichter Schmerz dokumentiert.

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung**A) Keine Auffälligkeiten**

2.3 Wundversorgung

Qualitätsaussage

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

Informationserfassung

| | | | | | | |
|---------|----------------------|--|--|---|--|---|
| Wunde 1 | Art | Dekubitus <input type="checkbox"/> | Ulcus Cruris <input type="checkbox"/> | Diabetisches Fußsyndrom <input type="checkbox"/> | sonstige chronische Wunde <input checked="" type="checkbox"/> | sonstige nicht chronische Wunde <input type="checkbox"/> |
| a. | Größe/Tiefe | 3,5 cm H x 1,6 cm B x 3 cm T | | | | |
| b. | Ort der Entstehung | Pflegeeinrichtung <input checked="" type="checkbox"/> | extern <input type="checkbox"/> | | nicht nachvollziehbar <input type="checkbox"/> | |
| c. | Datum der Entstehung | 25.01.2021 | | | nicht nachvollziehbar <input type="checkbox"/> | |
| d. | Lokalisation | Bitte Nummer laut Legende eintragen: 8 <input checked="" type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts | | | | |
| e. | Kategorie/Stadium | I <input type="checkbox"/> | II <input type="checkbox"/> | III <input type="checkbox"/> | IV <input type="checkbox"/> | a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> |
| f. | Umgebung | weiß <input type="checkbox"/> | rosig <input type="checkbox"/> | gerötet <input checked="" type="checkbox"/> | feucht <input type="checkbox"/> | trocken <input type="checkbox"/> |
| g. | Rand | rosig <input checked="" type="checkbox"/> | rot <input type="checkbox"/> | weich <input type="checkbox"/> | hart <input type="checkbox"/> | schmerzhaft <input type="checkbox"/> |
| h. | Exsudat | kein <input type="checkbox"/> | wenig <input checked="" type="checkbox"/> | viel <input type="checkbox"/> | klar <input type="checkbox"/> | |
| i. | Wundgrund | fest <input type="checkbox"/> | weich <input checked="" type="checkbox"/> | rosa <input type="checkbox"/> | rot <input type="checkbox"/> | gelb <input type="checkbox"/> |
| j. | Nekrose | keine <input checked="" type="checkbox"/> | feucht <input type="checkbox"/> | trocken <input type="checkbox"/> | teilweise <input type="checkbox"/> | vollständig <input type="checkbox"/> |
| k. | Geruch | kein <input checked="" type="checkbox"/> | übel riechend <input type="checkbox"/> | | | |

| | |
|--|---|
| | Wunde 1 |
| Verwendete Materialien zur Wundversorgung | Wundspüllösung, Gel getränkte Kompressen, Kompressen, Fixiervlies |
| Sonstiges | |

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung

A) Keine Auffälligkeiten

2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

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

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

Besondere ärztliche Anordnungen zu den oben genannten Bedarfslagen:

Bei der versorgten Person liegt keine der genannten Bedarfslagen vor.

2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

Im Folgenden werden die Feststellungen der Prüferin oder des Prüfers im Zusammenhang mit der Unterstützung der versorgten Person bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen, die nicht in die Bewertungen der Qualitätsaspekte 2.1 bis 2.4 eingeflossen sind, dokumentiert. Die Beurteilung erfolgt nicht in Form einer standardisierten Bewertung. Vielmehr ist zu entscheiden, ob die hier erfassten

- a) Auffälligkeiten für die Beratung der Einrichtung relevant sind
- b) Defizite für die Beratung relevant sind und für den Maßnahmenbescheid der Landesverbände der Pflegekassen relevant sein könnten.

Wurden durch die Prüferin oder den Prüfer Auffälligkeiten oder Defizite identifiziert, so sind diese aufzuführen und zu erläutern.

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen An- bzw. Verordnungen, bei denen Auffälligkeiten oder Defizite festgestellt wurden:
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.

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

3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

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

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

| |
|--|
| Hörvermögen der versorgten Person (auch unter Verwendung eines Hörgerätes): |
|--|

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

Genutzte Hilfsmittel:

Brille

Bewertung

A) Keine Auffälligkeiten**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**Beeinträchtigung der Selbstständigkeit 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 erhebliche Beeinträchtigungen im Bereich der kognitiven Fähigkeiten vor. Diese lösen einen erheblichen Unterstützungsbedarf aus.

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 in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?

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

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

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

Bewertung**A) Keine Auffälligkeiten****3.3 Nächtliche Versorgung****Qualitätsaussage**

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

Informationserfassung

Nächtlicher Unterstützungsbedarf:

Ein regelmäßiger nächtlicher Unterstützungsbedarf liegt vor:

- bei der Inkontinenzversorgung
- beim Positionswechsel
- beim Essen/Trinken

Bewertung**A) Keine Auffälligkeiten****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.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn die versorgte Person innerhalb der letzten 12 Monate eingezogen ist (Es gilt das Aufnahmedatum für die vollstationäre Pflege). Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

Bei Kurzzeitpflegegästen, die sich bereits länger als zwei Tage in der Einrichtung aufhalten, sind die Fragen in jedem Fall zu bearbeiten.

Informationserfassung

Einzugsdatum: 8/2019

Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPF):

Anpassung der Unterstützung während der ersten 8 Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPF):

Plausibilitätskontrolle

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

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

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.

Informationstext

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

Krankenhausaufenthalt von 19.01.2021 bis 22.01.2021

Einweisungsgrund: Abszessentfernung, linker Trochanter

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung**A) Keine Auffälligkeiten**

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 herausfordernd erlebte Verhaltensweisen/psychische Beeinträchtigungen vor.

Diese äußern sich in:

- Ängsten
- der Abwehr pflegerischer Maßnahmen

Dieses Verhalten tritt häufig auf.

Bewertung

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



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 werden aktuell keine freiheitsentziehenden Maßnahmen eingesetzt. Ein Einsatz freiheitsentziehender Maßnahmen fand in den letzten vier Wochen ebenfalls nicht statt.

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

Bei der versorgten Person werden aktuell keine freiheitsentziehenden Maßnahmen eingesetzt. Ein Einsatz freiheitsentziehender Maßnahmen fand in den letzten vier Wochen ebenfalls nicht statt.

| Plausibilitätskontrolle |
|---|
| 1. Stehen die Angaben der Ergebniserfassung zur Anwendung von Gurten in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen? |
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
| 2. Stehen die Angaben der Ergebniserfassung zur Anwendung von Bettseitenteilen in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen? |
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |

Prüfung bei der versorgten Person- Allgemeine Angaben**Versorgte Person 6**

| A. Angaben zur Prüfung |
|--|
| 1. Auftragsnummer: 210526VS90000000-000039970 |
| 2. Datum: 26.05.2021 |
| 3. Uhrzeit: 10:33 |
| 4. Nummer Prüfbogen A: Beurteilung der personenbezogenen Versorgung - Simone.Zerr - 1 |

| B. Angaben zur versorgten Person |
|--|
| 1. Name: Anonymisiert |
| 2. Pflegekasse: AOK |
| 3. Pflege-/Wohnbereich: 1 |
| 4. Geburtsdatum: 1933 |
| 5. Alter in Jahren: 87 |
| 6. Einzugsdatum: 9/2018 |
| 7. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung: Vaskuläre Demenz, wahnhafte Störung, Skoliose |
| 8. Personenbezogener Code (soweit vorhanden): 000083 |
| 9. Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 10. Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad <input type="checkbox"/> |
| 11. <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) <input checked="" type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) |
| 12. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person) ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 13. Vorhandene Unterlagen: Pflegedokumentation, weiterführende sowie archivierte Unterlagen |
| 14. Kurzzeitpflegegast ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> |

| C. Anwesende Personen |
|--|
| 1. Name der Gutachterin oder des Gutachters: Simone Zerr |
| 2. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung: Anonymisiert |
| 3. Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung: Wohnbereichsleitung Qualitätsbeauftragter |
| 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

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Positionswechsel im Bett | Erläuterungen: Beweglichkeit der Extremitäten: Altersentsprechend frei beweglich |
| <input type="checkbox"/> Aufstehen | |
| <input type="checkbox"/> Halten einer stabilen Sitzposition | |
| <input type="checkbox"/> Lageveränderung im Sitzen | |
| <input type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance | |
| <input type="checkbox"/> Treppen steigen | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Beweglichkeit der Extremitäten | |
| <input type="checkbox"/> Kraft | |

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

Es werden keine Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung genutzt.

Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

Bewertung

A) Keine Auffälligkeiten

1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Gewicht

aktuell 56,8

vor 3 Monaten 55

vor 6 Monaten 57,5

Hinweise auf eine Gewichtsabnahme:

Es liegen keine Hinweise auf eine Gewichtsabnahme vor.

Größe (in cm) 150

aktueller BMI 25,24

Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme:

Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung: überwiegend selbständig

Eingießen von Getränken: überwiegend selbständig

Essen: überwiegend selbständig

Trinken: überwiegend selbständig

Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme: Magensonde PEG-Sonde PEJ-Sonde vollständige Sondenernährung teilweise Sondenernährung zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich Applikation per Pumpe Applikation per Schwerkraft Applikation per Bolus

Nahrung kcal/24 h + Flussrate

Flüssigkeit ml/24 h + Flussrate

Zustand der Sonde, Eintrittsstelle, Verband

 Subkutane Infusion i.v.-Infusion Hilfsmittel Sonstiges**Freitext:**

Die Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme erfolgt ausschließlich oral. Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme werden nicht genutzt.

Plausibilitätskontrolle

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

 keine Auffälligkeiten festgestellt Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) trifft nicht zu**Bewertung****A) Keine Auffälligkeiten****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

Beeinträchtigung der Harn- und Stuhlkontinenz:

Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma: überwiegend selbständig

Bewältigen der Folgen einer Stuhlkontinenz und Umgang mit Stoma: überwiegend selbständig

Es liegt eine abhängig erreichte Kontinenz vor.

Nutzung von:

 suprapubischem Katheter transurethralem Katheter

- Inkontinenzprodukten
 offen geschlossen
- Hilfsmitteln
 Stoma
 Sonstigem

Bewertung**A) Keine Auffälligkeiten****1.4 Unterstützung bei der Körperpflege****Qualitätsaussage**

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

Informationserfassung

Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit im Bereich der Körperpflege:

Waschen des Oberkörpers: überwiegend selbständig

Körperpflege im Bereich des Kopfes: überwiegend selbständig

Waschen des Intimbereichs: überwiegend selbständig

Duschen/Baden einschließlich Haarwäsche: überwiegend selbständig

An- und Auskleiden des Oberkörpers: überwiegend selbständig

An- und Auskleiden des Unterkörpers: überwiegend selbständig

Plausibilitätskontrolle

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

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

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

Ärztliche An- bzw. Verordnung (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen auflisten):

Medikamentengabe (3x täglich/7x wöchentlich)

Medikamentengabe bei Bedarf

Zusammenfassende Einschätzung der Selbstständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen:

Die versorgte Person ist unselbständig im Umgang mit den therapiebedingten Anforderungen.

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

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

Medikamentengabe (3x täglich/7x wöchentlich)
Medikamentengabe bei Bedarf

Bewertung

A) Keine Auffälligkeiten



2.2 Schmerzmanagement

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

Informationserfassung

Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen (einschließlich chronischer Schmerz, der aufgrund der aktuellen Schmerzmedikation abgeklungen ist)?

- ja, akute Schmerzen
 ja, chronische Schmerzen
 nein

Lokalisation Unterer Rücken

Schmerzintensität Nach Angaben der versorgten Person und der begleitenden Pflegefachkraft besteht eine stabile Schmerzsituation. Die versorgte Person erhält regelmäßig die dauerhaft verordneten Schmerzmedikamente.

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung

A) Keine Auffälligkeiten



2.3 Wundversorgung

Qualitätsaussage

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

Informationserfassung

Beschreibung vorliegender Wunden

Freitext:

Die versorgte Person weist keine Wunde auf.

| Plausibilitätskontrolle | | |
|---|---|--|
| 1. Stehen die Angaben zur Dekubitusentstehung in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen? | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |

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

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

Informationserfassung

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

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

Besondere ärztliche Anordnungen zu den oben genannten Bedarfslagen:

Bei der versorgten Person liegt keine der genannten Bedarfslagen vor.

2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

Im Folgenden werden die Feststellungen der Prüferin oder des Prüfers im Zusammenhang mit der Unterstützung der versorgten Person bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen, die nicht in die Bewertungen der Qualitätsaspekte 2.1 bis 2.4 eingeflossen sind, dokumentiert. Die Beurteilung erfolgt nicht in Form einer standardisierten Bewertung. Vielmehr ist zu entscheiden, ob die hier erfassten

- a) Auffälligkeiten für die Beratung der Einrichtung relevant sind
- b) Defizite für die Beratung relevant sind und für den Maßnahmenbescheid der Landesverbände der Pflegekassen relevant sein könnten.

Wurden durch die Prüferin oder den Prüfer Auffälligkeiten oder Defizite identifiziert, so sind diese aufzuführen und zu erläutern.

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen An- bzw. Verordnungen, bei denen Auffälligkeiten oder Defizite festgestellt wurden:

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.

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

3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

| |
|---|
| Sehvermögen der versorgten Person bei ausreichender Beleuchtung (auch unter Verwendung von Sehhilfen): |
| <input type="checkbox"/> nicht eingeschränkt (Gegenstände im Zimmer werden erkannt) |
| <input 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 checked="" type="checkbox"/> Beurteilung ist nicht möglich |

| |
|---|
| Hörvermögen der versorgten Person (auch unter Verwendung eines Hörgerätes): |
| <input type="checkbox"/> nicht eingeschränkt (auch bei Nebengeräuschen kann die versorgte Person einzelne Personen verstehen) |
| <input 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 checked="" type="checkbox"/> Beurteilung ist nicht möglich |

Genutzte Hilfsmittel:

Es werden keine Hilfsmittel zur Unterstützung der Sinneswahrnehmung genutzt.

Bewertung

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

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**Beeinträchtigung der Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte:**

| |
|---|
| <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 |

Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen:

Bei der versorgten Person liegen erhebliche Beeinträchtigungen im Bereich der kognitiven Fähigkeiten vor. Zudem liegen psychische Beeinträchtigungen vor. Diese lösen einen erheblichen Unterstützungsbedarf aus.

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 in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen? |
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
| 2. Stehen die Angaben zu den kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten der versorgten Person in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen? |
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |

Bewertung

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

3.3 Nächtliche Versorgung**Qualitätsaussage**

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

Informationserfassung

Nächtlicher Unterstützungsbedarf:

Bei der versorgten Person liegt kein nächtlicher Unterstützungsbedarf vor.

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.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn die versorgte Person innerhalb der letzten 12 Monate eingezogen ist (Es gilt das Aufnahmedatum für die vollstationäre Pflege). Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

Bei Kurzzeitpflegegästen, die sich bereits länger als zwei Tage in der Einrichtung aufhalten, sind die Fragen in jedem Fall zu bearbeiten.

Informationserfassung

Einzugsdatum: 9/2018

Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPF):

Anpassung der Unterstützung während der ersten 8 Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPF):

| Plausibilitätskontrolle | | |
|---|---|--|
| 1. Stehen die Angaben zum Einzug und zur Durchführung eines Integrationsgesprächs in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen? | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |

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.

Informationstext

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

Die versorgte Person hatte in den letzten sechs Monaten keinen Krankenhausaufenthalt, aus diesem Grund sind keine weiteren Informationen zum Krankenhausaufenthalt vorhanden.

| Plausibilitätskontrolle | | |
|--|---|--|
| 1. Entsprechen die Angaben zu Krankenhausaufenthalten im Erhebungsbogen für die Ergebniserfassung den Informationen aus anderen Informationsquellen? | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |

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

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

Informationserfassung

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:

- Ängste

Dieses Verhalten tritt selten auf.

Bewertung

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

4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen**Qualitätsaussage**

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

Informationserfassung

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

Unterbringung in einer geschlossenen Abteilung vom 30.11.2020 bis 10.11.2022. Die Unterbringung ist aufgrund einer Weglaufgefährdung/mangelnder Orientierung notwendig.

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

Eine richterliche Genehmigung zur Durchführung der Freiheitsentziehenden Maßnahme liegt mit Stand 22.11.2020 vor.

| Plausibilitätskontrolle |
|---|
| 1. Stehen die Angaben der Ergebniserfassung zur Anwendung von Gurten in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen? |
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
| 2. Stehen die Angaben der Ergebniserfassung zur Anwendung von Bettseitenteilen in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen? |
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
| Bewertung |
| A) Keine Auffälligkeiten |
| <input checked="" type="checkbox"/> |

Prüfung bei der versorgten Person- Allgemeine Angaben**Versorgte Person 7**

| A. Angaben zur Prüfung |
|--|
| 1. Auftragsnummer: 210526VS90000000-000039970 |
| 2. Datum: 26.05.2021 |
| 3. Uhrzeit: 12:22 |
| 4. Nummer Prüfbogen A: Beurteilung der personenbezogenen Versorgung - Simone.Zerr - 2 |

| B. Angaben zur versorgten Person |
|--|
| 1. Name: Anonymisiert |
| 2. Pflegekasse: BKK |
| 3. Pflege-/Wohnbereich: 3 |
| 4. Geburtsdatum: 1966 |
| 5. Alter in Jahren: 54 |
| 6. Einzugsdatum: 5/2019 |
| 7. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung: Zustand nach Schlaganfall mit Hemiplegie links, Schluckstörung, Epilepsie |
| 8. Personenbezogener Code (soweit vorhanden): 000092 |
| 9. Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 10. Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad <input type="checkbox"/> |
| 11. <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) <input checked="" type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) |
| 12. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person) ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 13. Vorhandene Unterlagen: Pflegedokumentation, weiterführende sowie archivierte Unterlagen |
| 14. Kurzzeitpflegegast ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> |

| C. Anwesende Personen |
|---|
| 1. Name der Gutachterin oder des Gutachters: Simone Zerr |
| 2. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung: Anonymisiert |
| 3. Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung: Stellvertretende Wohnbereichsleitung Qualitätsbeauftragter |
| 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

| | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Positionswechsel im Bett | <p>Erläuterungen:</p> <p>Positionswechsel im Bett: überwiegend selbständig. Lageveränderungen werden durch das Pflegepersonal zusätzlich angeboten und bei Zustimmung seitens der versorgten Person durchgeführt.</p> <p>Aufstehen: überwiegend unselbständig; der Transfer vom Bett in den Rollstuhl erfolgt mit zwei Personen.</p> <p>Lageveränderung im Sitzen: überwiegend unselbständig; Mikrobewegungen im Sitzen sind möglich.</p> <p>Stehen und Gehen, Balance: unselbständig</p> <p>Treppen steigen: unselbständig</p> <p>Beweglichkeit der Extremitäten: Beugekontrakturen im linken Ellenbogen- und Handgelenk sowie der linken Hand. Die Finger weisen einen Faustschluss auf. Das Bewegen der Fingergelenke ist nur passiv möglich. Das linke Kniegelenk ist nicht endgradig streckbar. Spitzfuß links.</p> <p>Kraft: Allgemeine Kraftminderung des ganzen Körpers.</p> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Aufstehen | |
| <input type="checkbox"/> Halten einer stabilen Sitzposition | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Lageveränderung im Sitzen | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Beweglichkeit der Extremitäten | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kraft | |

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

Weichlagerungsauflage, Pflegerollstuhl manuell, Antidekubitus-Sitzkissen

Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

Bewertung

A) Keine Auffälligkeiten

1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Gewicht

aktuell 80,2 vor 3 Monaten 78,2 vor 6 Monaten 77,7

Hinweise auf eine Gewichtsabnahme:

Es liegen keine Hinweise auf eine Gewichtsabnahme vor.

Größe (in cm) 162 aktueller BMI 30,55

Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme:

Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung: überwiegend unselbständig

Eingießen von Getränken: unselbständig

Essen: überwiegend selbständig

Trinken: überwiegend selbständig

Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme:

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Magensonde | <input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung |
| <input type="checkbox"/> PEG-Sonde | <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung |
| <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde | <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich |
| | <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich |
| | <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe |
| | <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft |
| | <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus |

Nahrung kcal/24 h + Flussrate

Flüssigkeit ml/24 h + Flussrate

Zustand der Sonde, Eintrittsstelle, Verband

Subkutane Infusion

i.v.-Infusion

Hilfsmittel

rutschfeste Unterlage

Trinkbecher mit Aufsatz

Sonstiges

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung

A) Keine Auffälligkeiten

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

Beeinträchtigung der Harn- und Stuhlkontinenz:

Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma: unselbständig

Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma: unselbständig

Es liegt eine abhängig kompensierte Inkontinenz vor.

Nutzung von:

suprapubischem Katheter

transurethralem Katheter

Inkontinenzprodukten

offen

geschlossen

Hilfsmitteln

Stoma

Sonstigem

Bewertung

A) Keine Auffälligkeiten

1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit im Bereich der Körperpflege:

Waschen des Oberkörpers: überwiegend unselbständig

Körperpflege im Bereich des Kopfes: überwiegend selbständig

Waschen des Intimbereichs: überwiegend unselbständig

Duschen/Baden einschließlich Haarwäsche: unselbständig

An- und Auskleiden des Oberkörpers: unselbständig

An- und Auskleiden des Unterkörpers: unselbständig

Plausibilitätskontrolle

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

keine Auffälligkeiten festgestellt

Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben)

trifft nicht zu

Bewertung

A) Keine Auffälligkeiten

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

Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5

Ärztliche An- bzw. Verordnung (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen auflisten):

Blutdruckmessung (2x monatlich)
Medikamentengabe (4x täglich/7x wöchentlich)
Medikamentengabe bei Bedarf

Zusammenfassende Einschätzung der Selbstständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen:

Die versorgte Person ist unselbständig im Umgang mit den therapiebedingten Anforderungen.

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

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

Medikamentengabe (4x täglich/7x wöchentlich)
Medikamentengabe bei Bedarf

Bewertung

A) Keine Auffälligkeiten



2.2 Schmerzmanagement

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

Informationserfassung

Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen (einschließlich chronischer Schmerz, der aufgrund der aktuellen Schmerzmedikation abgeklungen ist)?

- ja, akute Schmerzen
 ja, chronische Schmerzen
 nein

Lokalisation Linke Körperseite

Schmerzintensität Nach Angaben der versorgten Person und der begleitenden Pflegefachkraft besteht eine stabile Schmerzsituation. Die versorgte Person erhält regelmäßig die dauerhaft verordneten Schmerzmedikamente.

| Plausibilitätskontrolle | | |
|---|---|--|
| 1. Stehen die Angaben zum Thema Schmerz in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen? | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |

Bewertung

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

2.3 Wundversorgung**Qualitätsaussage**

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

Informationserfassung

| |
|---|
| Beschreibung vorliegender Wunden |
|---|

Freitext:

Die versorgte Person weist keine Wunde auf.

| Plausibilitätskontrolle | | |
|---|---|--|
| 1. Stehen die Angaben zur Dekubitusentstehung in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen? | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |

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

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

Informationserfassung

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

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

Besondere ärztliche Anordnungen zu den oben genannten Bedarfslagen:

Bei der versorgten Person liegt keine der genannten Bedarfslagen vor.

2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

Im Folgenden werden die Feststellungen der Prüferin oder des Prüfers im Zusammenhang mit der Unterstützung der versorgten Person bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen, die nicht in die Bewertungen der Qualitätsaspekte 2.1 bis 2.4 eingeflossen sind, dokumentiert. Die Beurteilung erfolgt nicht in Form einer standardisierten Bewertung. Vielmehr ist zu entscheiden, ob die hier erfassten

- a) Auffälligkeiten für die Beratung der Einrichtung relevant sind
- b) Defizite für die Beratung relevant sind und für den Maßnahmenbescheid der Landesverbände der Pflegekassen relevant sein könnten.

Wurden durch die Prüferin oder den Prüfer Auffälligkeiten oder Defizite identifiziert, so sind diese aufzuführen und zu erläutern.

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen An- bzw. Verordnungen, bei denen Auffälligkeiten oder Defizite festgestellt wurden:
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.

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

3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

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

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

Genutzte Hilfsmittel:

Es werden keine Hilfsmittel zur Unterstützung der Sinneswahrnehmung genutzt.

Bewertung

A) Keine Auffälligkeiten**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**Beeinträchtigung der Selbstständigkeit 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

Die versorgte Person bedarf keiner Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung oder Kommunikation.

Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen:

Bei der versorgten Person liegen keine Beeinträchtigungen im Bereich der kognitiven Fähigkeiten vor.

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):**Plausibilitätskontrolle**

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

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

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

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

3.3 Nächtliche Versorgung**Qualitätsaussage**

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

Informationserfassung

Nächtlicher Unterstützungsbedarf:

Ein regelmäßiger nächtlicher Unterstützungsbedarf liegt vor:

- bei der Inkontinenzversorgung
- beim Positionswechsel

Bewertung

A) Keine Auffälligkeiten**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.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn die versorgte Person innerhalb der letzten 12 Monate eingezogen ist (Es gilt das Aufnahmedatum für die vollstationäre Pflege). Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

Bei Kurzzeitpflegegästen, die sich bereits länger als zwei Tage in der Einrichtung aufhalten, sind die Fragen in jedem Fall zu bearbeiten.

Informationserfassung

Einzugsdatum: 5/2019

Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPF):

Anpassung der Unterstützung während der ersten 8 Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPF):

Plausibilitätskontrolle

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

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

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.

Informationstext

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

Die versorgte Person hatte in den letzten sechs Monaten keinen Krankenhausaufenthalt, aus diesem Grund sind keine weiteren Informationen zum Krankenhausaufenthalt vorhanden.

Plausibilitätskontrolle

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

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

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:

Die versorgte Person zeigt kein herausfordernd erlebtes Verhalten oder psychische Problemlagen, die einen Hilfebedarf auslösen.

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 werden aktuell keine freiheitsentziehenden Maßnahmen eingesetzt. Ein Einsatz freiheitsentziehender Maßnahmen fand in den letzten vier Wochen ebenfalls nicht statt.

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

Bei der versorgten Person werden aktuell keine freiheitsentziehenden Maßnahmen eingesetzt. Ein Einsatz freiheitsentziehender Maßnahmen fand in den letzten vier Wochen ebenfalls nicht statt.

| Plausibilitätskontrolle | | |
|---|---|--|
| 1. Stehen die Angaben der Ergebniserfassung zur Anwendung von Gurten in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen? | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
| 2. Stehen die Angaben der Ergebniserfassung zur Anwendung von Bettseitenteilen in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen? | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |

Prüfung bei der versorgten Person- Allgemeine Angaben**Versorgte Person 8**

| A. Angaben zur Prüfung |
|--|
| 1. Auftragsnummer: 210526VS90000000-000039970 |
| 2. Datum: 26.05.2021 |
| 3. Uhrzeit: 13:34 |
| 4. Nummer Prüfbogen A: Beurteilung der personenbezogenen Versorgung - Simone.Zerr - 3 |

| B. Angaben zur versorgten Person |
|---|
| 1. Name: Anonymisiert |
| 2. Pflegekasse: IKK |
| 3. Pflege-/Wohnbereich: 3 |
| 4. Geburtsdatum: 1938 |
| 5. Alter in Jahren: 82 |
| 6. Einzugsdatum: 5/2021 |
| 7. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung: Chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Zustand nach Myokardinfarkt, Senilität |
| 8. Personenbezogener Code (soweit vorhanden): |
| 9. Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| 10. Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad <input type="checkbox"/> |
| 11. <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) |
| 12. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person) ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 13. Vorhandene Unterlagen: Pflegedokumentation, weiterführende sowie archivierte Unterlagen |
| 14. Kurzzeitpflegegast ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |

| C. Anwesende Personen |
|---|
| 1. Name der Gutachterin oder des Gutachters: Simone Zerr |
| 2. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung: Anonymisiert |
| 3. Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung: Stellvertretende Wohnbereichsleitung Qualitätsbeauftragter |
| 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

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Positionswechsel im Bett | Erläuterungen: Aufstehen: überwiegend selbständig Stehen und Gehen, Balance: überwiegend selbständig; die versorgte Person geht am Rollator. Das Gangbild ist unsicher. Treppen steigen: überwiegend unselbständig Kraft:: Altersentsprechende Kraftminderung in allen Extremitäten. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Aufstehen | |
| <input type="checkbox"/> Halten einer stabilen Sitzposition | |
| <input type="checkbox"/> Lageveränderung im Sitzen | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen | |
| <input type="checkbox"/> Beweglichkeit der Extremitäten | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kraft | |

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

Rollator

Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

Bewertung

A) Keine Auffälligkeiten

1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Gewicht

aktuell 62

vor 3 Monaten

vor 6 Monaten

Hinweise auf eine Gewichtsabnahme:

Die versorgte Person ist am 21.05.2021 in die Pflegeeinrichtung eingezogen.

Es liegen keine Hinweise auf eine Gewichtsabnahme vor.

Größe (in cm) 150 aktueller BMI 27,55

Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme:

Bei der versorgten Person liegen keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Ernährung oder Flüssigkeitsaufnahme vor.

Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme:

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Magensonde | <input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung |
| <input type="checkbox"/> PEG-Sonde | <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung |
| <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde | <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich |
| | <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich |
| | <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe |
| | <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft |
| | <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus |

Nahrung kcal/24 h + Flussrate

Flüssigkeit ml/24 h + Flussrate

Zustand der Sonde, Eintrittsstelle, Verband

- Subkutane Infusion
 i.v.-Infusion
 Hilfsmittel
 Sonstiges

Freitext:

Die Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme erfolgt ausschließlich oral. Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme werden nicht genutzt.

Plausibilitätskontrolle

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

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

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

Beeinträchtigung der Harn- und Stuhlkontinenz:

Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma: überwiegend selbständig

Bewältigen der Folgen einer Stuhlkontinenz und Umgang mit Stoma: überwiegend selbständig

Es liegt eine abhängig kompensierte Inkontinenz vor.

Nutzung von:

- suprapubischem Katheter
 transurethralem Katheter
 Inkontinenzprodukten
 offen geschlossen
 Hilfsmitteln

- Stoma
 Sonstigem

Bewertung**A) Keine Auffälligkeiten****1.4 Unterstützung bei der Körperpflege****Qualitätsaussage**

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

Informationserfassung

Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit im Bereich der Körperpflege:

Waschen des Oberkörpers: überwiegend selbständig

Körperpflege im Bereich des Kopfes: überwiegend selbständig

Waschen des Intimbereichs: überwiegend selbständig

Duschen/Baden einschließlich Haarwäsche: überwiegend unselbständig

An- und Auskleiden des Oberkörpers: überwiegend selbständig

An- und Auskleiden des Unterkörpers: überwiegend selbständig

Plausibilitätskontrolle

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

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

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

Ärztliche An- bzw. Verordnung (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen auflisten):

Medikamentengabe (2x täglich/7x wöchentlich)

Medikamentengabe bei Bedarf

Zusammenfassende Einschätzung der Selbstständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen:

Die versorgte Person ist unselbständig im Umgang mit den therapiebedingten Anforderungen.

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

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

Medikamentengabe (2x täglich/7x wöchentlich)

Medikamentengabe bei Bedarf

Bewertung**A) Keine Auffälligkeiten****2.2 Schmerzmanagement****Qualitätsaussage**

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

Informationserfassung

Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen (einschließlich chronischer Schmerz, der aufgrund der aktuellen Schmerzmedikation abgeklungen ist)?

ja, akute Schmerzen

ja, chronische Schmerzen

nein

Lokalisation Rücken links

Schmerzintensität Nach Angaben der versorgten Person und der begleitenden Pflegefachkraft besteht eine stabile Schmerzsituation. Die versorgte Person erhält regelmäßig die dauerhaft verordneten Schmerzmedikamente.

Plausibilitätskontrolle

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

keine Auffälligkeiten festgestellt

Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben)

trifft nicht zu

Bewertung**A) Keine Auffälligkeiten****2.3 Wundversorgung****Qualitätsaussage**

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

Informationserfassung

Beschreibung vorliegender Wunden

Freitext:

Die versorgte Person weist keine Wunde auf.

| Plausibilitätskontrolle | | |
|---|---|---|
| 1. Stehen die Angaben zur Dekubitusentstehung in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen? | | |
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |

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

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

Informationserfassung

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

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

Besondere ärztliche Anordnungen zu den oben genannten Bedarfslagen:

Bei der versorgten Person liegt keine der genannten Bedarfslagen vor.

2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

Im Folgenden werden die Feststellungen der Prüferin oder des Prüfers im Zusammenhang mit der Unterstützung der versorgten Person bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen, die nicht in die Bewertungen der Qualitätsaspekte 2.1 bis 2.4 eingeflossen sind, dokumentiert. Die Beurteilung erfolgt nicht in Form einer standardisierten Bewertung. Vielmehr ist zu entscheiden, ob die hier erfassten

a) Auffälligkeiten für die Beratung der Einrichtung relevant sind

b) Defizite für die Beratung relevant sind und für den Maßnahmenbescheid der Landesverbände der Pflegekassen relevant sein könnten.

Wurden durch die Prüferin oder den Prüfer Auffälligkeiten oder Defizite identifiziert, so sind diese aufzuführen und zu erläutern.

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen An- bzw. Verordnungen, bei denen Auffälligkeiten oder Defizite festgestellt wurden:

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.

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

A) Keine Auffälligkeiten

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**Beeinträchtigung der Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte:**

| |
|---|
| <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 type="checkbox"/> Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes |

Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen:

Bei der versorgten Person liegen geringfügige Beeinträchtigungen im Bereich der kognitiven Fähigkeiten vor. Diese lösen einen geringfügigen Unterstützungsbedarf aus.

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 in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen? | | |
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |
| 2. Stehen die Angaben zu den kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten der versorgten Person in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen? | | |
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |

Bewertung

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

3.3 Nächtliche Versorgung**Qualitätsaussage**

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

Informationserfassung

Nächtlicher Unterstützungsbedarf:

Ein regelmäßiger nächtlicher Unterstützungsbedarf liegt vor:

- bei der Inkontinenzversorgung
- beim Essen/Trinken
- beim Toilettengang

Bewertung

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

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.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn die versorgte Person innerhalb der letzten 12 Monate eingezogen ist (Es gilt das Aufnahmedatum für die vollstationäre Pflege). Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

Bei Kurzzeitpflegegästen, die sich bereits länger als zwei Tage in der Einrichtung aufhalten, sind die Fragen in jedem Fall zu bearbeiten.

Informationserfassung

Einzugsdatum: 5/2021

Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPF):

Anpassung der Unterstützung während der ersten 8 Wochen des stationären Aufenthaltes (entfällt bei KPF):

Bei der versorgten Person handelt es sich um einen Kurzzeitpflegegast, aus diesem Grund sind keine weiteren Informationen zur Anpassung der Unterstützung während der ersten 8 Wochen des stationären Aufenthaltes vorhanden.

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung

A) Keine Auffälligkeiten

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.

Informationstext

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

Die versorgte Person wurde innerhalb der letzten sechs 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 Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) trifft nicht zu

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:

Die versorgte Person zeigt kein herausfordernd erlebtes Verhalten oder psychische Problemlagen, die einen Hilfebedarf auslösen.

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 werden aktuell keine freiheitsentziehenden Maßnahmen eingesetzt. Ein Einsatz freiheitsentziehender Maßnahmen fand in den letzten vier Wochen ebenfalls nicht statt.

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

Bei der versorgten Person werden aktuell keine freiheitsentziehenden Maßnahmen eingesetzt. Ein Einsatz freiheitsentziehender Maßnahmen fand in den letzten vier Wochen ebenfalls nicht statt.

| Plausibilitätskontrolle | | |
|---|---|---|
| 1. Stehen die Angaben der Ergebniserfassung zur Anwendung von Gurten in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen? | | |
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |
| 2. Stehen die Angaben der Ergebniserfassung zur Anwendung von Bettseitenteilen in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen? | | |
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |

Prüfung bei der versorgten Person- Allgemeine Angaben**Versorgte Person 9**

| A. Angaben zur Prüfung |
|--|
| 1. Auftragsnummer: 210526VS90000000-000039970 |
| 2. Datum: 27.05.2021 |
| 3. Uhrzeit: 10:32 |
| 4. Nummer Prüfbogen A: Beurteilung der personenbezogenen Versorgung - Simone.Zerr - 4 |

| B. Angaben zur versorgten Person |
|---|
| 1. Name: Anonymisiert |
| 2. Pflegekasse: AOK |
| 3. Pflege-/Wohnbereich: 6 |
| 4. Geburtsdatum: 1943 |
| 5. Alter in Jahren: 77 |
| 6. Einzugsdatum: 5/2021 |
| 7. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung: Nephropathie, Diabetes mellitus Typ II ohne Insulinpflicht, multifaktorielle Gangstörung, Zustand nach Radiusfraktur links, Zustand nach Amputation der dritten Zehe am rechten Fuß, chronische Herzinsuffizienz |
| 8. Personenbezogener Code (soweit vorhanden): |
| 9. Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| 10. Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad <input type="checkbox"/> |
| 11. <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) |
| 12. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person) ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 13. Vorhandene Unterlagen: Pflegedokumentation, weiterführende sowie archivierte Unterlagen |
| 14. Kurzzeitpflegegast ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |

| C. Anwesende Personen |
|--|
| 1. Name der Gutachterin oder des Gutachters: Simone Zerr |
| 2. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung: Anonymisiert |
| 3. Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung: Wohnbereichsleitung Qualitätsbeauftragter |
| 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

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Positionswechsel im Bett | Erläuterungen: Stehen und Gehen, Balance: Die versorgte Person geht am Rollator. Das Gangbild ist schwankend. Treppen steigen: überwiegend unselbständig Beweglichkeit der Extremitäten: Bewegungseinschränkungen des linken Arms aufgrund einer Fraktur des linken Handgelenks |
| <input type="checkbox"/> Aufstehen | |
| <input type="checkbox"/> Halten einer stabilen Sitzposition | |
| <input type="checkbox"/> Lageveränderung im Sitzen | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Beweglichkeit der Extremitäten | |
| <input type="checkbox"/> Kraft | |

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

Rollator, Orthese links

Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

Bewertung

A) Keine Auffälligkeiten

1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Gewicht

aktuell 60,6

vor 3 Monaten

vor 6 Monaten

Hinweise auf eine Gewichtsabnahme:

Die versorgte Person ist am 11.05.2021 in die Pflegeeinrichtung eingezogen.
Es liegen keine Hinweise auf eine Gewichtsabnahme vor.

Größe (in cm) 153

aktueller BMI 25,88

Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme:

Bei der versorgten Person liegen keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Ernährung oder Flüssigkeitsaufnahme vor.

Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme:

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Magensonde | <input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung |
| <input type="checkbox"/> PEG-Sonde | <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung |
| <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde | <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich |
| | <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich |
| | <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe |
| | <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft |
| | <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus |

Nahrung kcal/24 h + Flussrate

Flüssigkeit ml/24 h + Flussrate

Zustand der Sonde, Eintrittsstelle, Verband

- Subkutane Infusion
 i.v.-Infusion
 Hilfsmittel
 Sonstiges

Freitext:

Die Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme erfolgt ausschließlich oral. Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme werden nicht genutzt.

| |
|--------------------------------|
| Plausibilitätskontrolle |
|--------------------------------|

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

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

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

Beeinträchtigung der Harn- und Stuhlkontinenz:

Es liegen keine Einschränkungen im Bereich der Kontinenz, bzw. bei der selbständigen Versorgung einer Inkontinenz vor.

Nutzung von:

- suprapubischem Katheter
 transurethralem Katheter
 Inkontinenzprodukten
 offen geschlossen
 Hilfsmitteln
 Stoma
 Sonstigem

Freitext:

Es werden keine Hilfsmittel im Zusammenhang mit einer Harn- oder Stuhlinkontinenz genutzt.

1.4 Unterstützung bei der Körperpflege**Qualitätsaussage**

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

Informationserfassung

Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit im Bereich der Körperpflege:

Waschen des Oberkörpers: überwiegend unselbständig

Körperpflege im Bereich des Kopfes: überwiegend selbständig

Waschen des Intimbereichs: überwiegend selbständig

Duschen/Baden einschließlich Haarwäsche: überwiegend unselbständig

An- und Auskleiden des Oberkörpers: überwiegend unselbständig

An- und Auskleiden des Unterkörpers: überwiegend unselbständig

Plausibilitätskontrolle

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

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

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

Ärztliche An- bzw. Verordnung (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen auflisten):

Kompressionsverbände an- und ablegen (2x täglich/7x wöchentlich)

Medikamentengabe (5x täglich/7x wöchentlich)

Wundbehandlung (1x täglich/3x wöchentlich)

Augentropfen (2x täglich/7x wöchentlich)

Zusammenfassende Einschätzung der Selbstständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen:

Die versorgte Person ist unselbständig im Umgang mit den therapiebedingten Anforderungen.

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

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

Medikamentengabe (5x täglich/7x wöchentlich)
 Augentropfen(2x täglich/7 x wöchentlich)
 Medikamentengabe bei Bedarf

Bewertung**A) Keine Auffälligkeiten****2.2 Schmerzmanagement****Qualitätsaussage**

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

Informationserfassung

Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen (einschließlich chronischer Schmerz, der aufgrund der aktuellen Schmerzmedikation abgeklungen ist)?

- ja, akute Schmerzen
 ja, chronische Schmerzen
 nein

Lokalisation Linkes Handgelenk

Schmerzintensität Nach Angaben der versorgten Person und der begleitenden Pflegefachkraft besteht eine stabile Schmerzsituation. Die versorgte Person erhält regelmäßig die dauerhaft verordneten Schmerzmedikamente.

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung**A) Keine Auffälligkeiten**

2.3 Wundversorgung

Qualitätsaussage

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

Informationserfassung

| | | | | | | |
|---------|----------------------|--|---|---|---|--|
| Wunde 1 | Art | Dekubitus <input type="checkbox"/> | Ulcus Cruris <input type="checkbox"/> | Diabetisches Fußsyndrom <input type="checkbox"/> | sonstige chronische Wunde <input type="checkbox"/> | sonstige nicht chronische Wunde <input checked="" type="checkbox"/> |
| a. | Größe/Tiefe | 0,9 cm H x 0,4 cm B x 0 cm T | | | | |
| b. | Ort der Entstehung | Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> | extern <input checked="" type="checkbox"/> | | nicht nachvollziehbar <input type="checkbox"/> | |
| c. | Datum der Entstehung | 18.03.2021 | | | nicht nachvollziehbar <input type="checkbox"/> | |
| d. | Lokalisation | Bitte Nummer laut Legende eintragen: _____ <input type="checkbox"/> links <input checked="" type="checkbox"/> rechts | | | | |
| e. | Kategorie/Stadium | I <input type="checkbox"/> | II <input type="checkbox"/> | III <input type="checkbox"/> | IV <input type="checkbox"/> | a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> |
| f. | Umgebung | weiß <input checked="" type="checkbox"/> | rosig <input type="checkbox"/> | gerötet <input type="checkbox"/> | feucht <input type="checkbox"/> | trocken <input type="checkbox"/> |
| g. | Rand | rosig <input checked="" type="checkbox"/> | rot <input type="checkbox"/> | weich <input type="checkbox"/> | hart <input type="checkbox"/> | schmerzhaft <input type="checkbox"/> |
| h. | Exsudat | kein <input checked="" type="checkbox"/> | wenig <input type="checkbox"/> | viel <input type="checkbox"/> | klar <input type="checkbox"/> | |
| i. | Wundgrund | fest <input checked="" type="checkbox"/> | weich <input type="checkbox"/> | rosa <input type="checkbox"/> | rot <input type="checkbox"/> | gelb <input type="checkbox"/> |
| j. | Nekrose | keine <input checked="" type="checkbox"/> | feucht <input type="checkbox"/> | trocken <input type="checkbox"/> | teilweise <input type="checkbox"/> | vollständig <input type="checkbox"/> |
| k. | Geruch | kein <input checked="" type="checkbox"/> | übel riechend <input type="checkbox"/> | | | |

| | |
|--|---|
| | Wunde 1 |
| Verwendete Materialien zur Wundversorgung | Reinigung mit Wundspüllösung, Wundauflage, Komresse, Fixiervlies |
| Sonstiges | Zu d) Amputation des dritten Zeh am rechten Fuß. Die Datengrundlage wurde der aktuellen Wunddokumentation entnommen. |

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung

A) Keine Auffälligkeiten

2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

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

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

Besondere ärztliche Anordnungen zu den oben genannten Bedarfslagen:

Bei der versorgten Person liegt keine der genannten Bedarfslagen vor.

2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

Im Folgenden werden die Feststellungen der Prüferin oder des Prüfers im Zusammenhang mit der Unterstützung der versorgten Person bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen, die nicht in die Bewertungen der Qualitätsaspekte 2.1 bis 2.4 eingeflossen sind, dokumentiert. Die Beurteilung erfolgt nicht in Form einer standardisierten Bewertung. Vielmehr ist zu entscheiden, ob die hier erfassten

- a) Auffälligkeiten für die Beratung der Einrichtung relevant sind
- b) Defizite für die Beratung relevant sind und für den Maßnahmenbescheid der Landesverbände der Pflegekassen relevant sein könnten.

Wurden durch die Prüferin oder den Prüfer Auffälligkeiten oder Defizite identifiziert, so sind diese aufzuführen und zu erläutern.

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen An- bzw. Verordnungen, bei denen Auffälligkeiten oder Defizite festgestellt wurden:
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.

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

3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

Qualitätsaussage

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

Informationserfassung

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

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

Genutzte Hilfsmittel:

Lese- Brille

Bewertung

A) Keine Auffälligkeiten**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**Beeinträchtigung der Selbstständigkeit 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

Die versorgte Person bedarf keiner Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung oder Kommunikation.

Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen:

Bei der versorgten Person liegen keine Beeinträchtigungen im Bereich der kognitiven Fähigkeiten vor.

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):**Plausibilitätskontrolle**

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

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

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

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

3.3 Nächtliche Versorgung**Qualitätsaussage**

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

Informationserfassung

Nächtlicher Unterstützungsbedarf:

Bei der versorgten Person liegt kein nächtlicher Unterstützungsbedarf vor.

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.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn die versorgte Person innerhalb der letzten 12 Monate eingezogen ist (Es gilt das Aufnahmedatum für die vollstationäre Pflege). Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

Bei Kurzzeitpflegegästen, die sich bereits länger als zwei Tage in der Einrichtung aufhalten, sind die Fragen in jedem Fall zu bearbeiten.

Informationserfassung

Einzugsdatum: 5/2021

Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPF):

Anpassung der Unterstützung während der ersten 8 Wochen des stationären Aufenthaltes (entfällt bei KPF):

Bei der versorgten Person handelt es sich um einen Kurzzeitpflegegast, aus diesem Grund sind keine weiteren Informationen zur Anpassung der Unterstützung während der ersten 8 Wochen des stationären Aufenthaltes vorhanden.

Plausibilitätskontrolle

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

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

Bewertung

A) Keine Auffälligkeiten

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.

Informationstext

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

Die versorgte Person wurde innerhalb der letzten sechs 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 Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) trifft nicht zu

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:

Die versorgte Person zeigt kein herausfordernd erlebtes Verhalten oder psychische Problemlagen, die einen Hilfebedarf auslösen.

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 werden aktuell keine freiheitsentziehenden Maßnahmen eingesetzt. Ein Einsatz freiheitsentziehender Maßnahmen fand in den letzten vier Wochen ebenfalls nicht statt.

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

Bei der versorgten Person werden aktuell keine freiheitsentziehenden Maßnahmen eingesetzt. Ein Einsatz freiheitsentziehender Maßnahmen fand in den letzten vier Wochen ebenfalls nicht statt.

| Plausibilitätskontrolle | | |
|---|---|---|
| 1. Stehen die Angaben der Ergebniserfassung zur Anwendung von Gurten in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen? | | |
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |
| 2. Stehen die Angaben der Ergebniserfassung zur Anwendung von Bettseitenteilen in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen? | | |
| <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt | <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) | <input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu |

Qualitätsbeurteilungen der Qualitätsaspekte

Die folgenden Qualitätsbeurteilungen der Qualitätsaspekte sind das Ergebnis einer externen Qualitätsprüfung vollstationär nach § 114 SGB XI durch den PKV-Prüfdienst

Geprüfte Einrichtung: **Seniorenzentrum Parkschlössle**

Badener Str. 33

76227 Karlsruhe

IK Nummer: 510824869

Auftragsnummer: 210526VS90000000-000039970

Datum der Prüfung: 26.05.2021 bis 27.05.2021

Auditor: Simone Zerr

Qualitätsprüfer: Heike Lohr

Prüfberichtserstellung: 07.06.2021

beste Bewertung: 4 Punkte / schlechteste Bewertung: 1 Punkt

Qualitätsaspekt:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität | ■ | ■ | ■ | ■ |
| 1.2 Unterstützung beim Essen und Trinken | ■ | ■ | ■ | ■ |
| 1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung | ■ | ■ | ■ | ■ |
| 1.4 Unterstützung bei der Körperpflege | ■ | ■ | ■ | ■ |
| 2.1 Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme | ■ | ■ | ■ | ■ |
| 2.2 Schmerzmanagement | ■ | ■ | ■ | ■ |
| 2.3 Wundversorgung | ■ | ■ | ■ | ■ |
| 2.4 Unterstützung bei besonderem medizinisch-pflegerischem Bedarf | X | | | |
| 3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigung der Sinneswahrnehmung (z. B. Sehen, Hören) | ■ | ■ | ■ | ■ |
| 3.2 Unterstützung bei der Strukturierung des Tages, Beschäftigung und Kommunikation | ■ | ■ | ■ | ■ |
| 3.3 Nächtliche Versorgung | ■ | ■ | ■ | ■ |
| 4.1 Unterstützung in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug | ■ | ■ | ■ | ■ |
| 4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalt | ■ | ■ | ■ | ■ |
| 4.3 Unterstützung von Bewohnern bzw. Bewohnerinnen mit herausforderndem Verhalten | ■ | ■ | ■ | ■ |
| 4.4 Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen | ■ | ■ | ■ | ■ |

Legende

| | | | | |
|---|---|---|---|--|
| ■ | ■ | ■ | ■ | Keine oder geringe Qualitätsdefizite |
| ■ | ■ | ■ | □ | Moderate Qualitätsdefizite |
| ■ | ■ | □ | □ | Erhebliche Qualitätsdefizite |
| ■ | □ | □ | □ | Schwerwiegende Qualitätsdefizite |
| X | | | | Das Thema konnte bei keinem Bewohner bzw. keiner Bewohnerin der Stichprobe geprüft werden. |

Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

| Qualitätsaspekt: | Qualitätsbeurteilung: | Anzahl der versorgten Personen, bei denen der Qualitätsaspekt geprüft wurde: | Anzahl der für QDVS relevanten Bewertungen | |
|--|-----------------------|--|--|--------------------|
| | | | Anzahl C-Wertungen | Anzahl D-Wertungen |
| 1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität | ■ ■ ■ ■ | 8 | 0 | 0 |
| 1.2 Unterstützung beim Essen und Trinken | ■ ■ ■ ■ | 5 | 0 | 0 |
| 1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung | ■ ■ ■ ■ | 6 | 0 | 0 |
| 1.4 Unterstützung bei der Körperpflege | ■ ■ ■ ■ | 8 | 0 | 0 |

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

| Qualitätsaspekt: | Qualitätsbeurteilung: | Anzahl der versorgten Personen, bei denen der Qualitätsaspekt geprüft wurde: | Anzahl der für QDVS relevanten Bewertungen | |
|---|-----------------------|--|--|--------------------|
| | | | Anzahl C-Wertungen | Anzahl D-Wertungen |
| 2.1 Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme | ■ ■ ■ ■ | 9 | 0 | 0 |
| 2.2 Schmerzmanagement | ■ ■ ■ ■ | 7 | 1 | 0 |
| 2.3 Wundversorgung | ■ ■ ■ ■ | 2 | 0 | 0 |
| 2.4 Unterstützung bei besonderem medizinisch-pflegerischem Bedarf | X | Der Qualitätsaspekt konnte bei keiner versorgten Person der Stichprobe geprüft werden. | | |

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

| Qualitätsaspekt: | Qualitätsbeurteilung: | Anzahl der versorgten Personen, bei denen der Qualitätsaspekt geprüft wurde: | Anzahl der für QDVS relevanten Bewertungen | |
|---|-----------------------|--|--|--------------------|
| | | | Anzahl C-Wertungen | Anzahl D-Wertungen |
| 3.1 Unterstützung bei der Beeinträchtigung der Sinneswahrnehmung | ■ ■ ■ ■ | 7 | 0 | 0 |
| 3.2 Unterstützung bei der Strukturierung des Tages, Beschäftigung und Kommunikation | ■ ■ ■ ■ | 6 | 0 | 0 |
| 3.3 Nächtliche Versorgung | ■ ■ ■ ■ | 4 | 0 | 0 |

Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

| Qualitätsaspekt: | Qualitätsbeurteilung: | Anzahl der versorgten Personen, bei denen der Qualitätsaspekt geprüft wurde: | Anzahl der für QDVS relevanten Bewertungen | |
|---|-----------------------|--|--|--------------------|
| | | | Anzahl C-Wertungen | Anzahl D-Wertungen |
| 4.1 Unterstützung in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug | ■ ■ ■ ■ | 5 | 0 | 0 |
| 4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalt | ■ ■ ■ ■ | 3 | 0 | 0 |
| 4.3 Unterstützung von Bewohnern bzw. Bewohnerinnen mit herausforderndem Verhalten | ■ ■ ■ ■ | 3 | 0 | 0 |
| 4.4 Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen | ■ ■ ■ ■ | 2 | 0 | 0 |