

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

Altenheim Haus St. Elisabeth		Medizinischer Dienst Baden-Württemberg
Schultesberg 5		Berliner Straße 23
88316 Isny		78048 Villingen-Schwenningen
Prüfung am:	Gutachter:	
02.03.2023	Rothenhäusler, Martina	
	Vonier, Dagmar	
Gutachtendatum		
21.03.2023		
Gutachten-Nr.:	230301-18-000000844	
Auftrags-Nr.:	230302VS18102100-000000844	

## Prüfmaßstab

Vorschriften über die Qualitätssicherung nach dem Elften Kapitel des Sozialgesetzbuch XI (SGB XI)

Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI für die vollstationäre Pflege – vom 17. Dezember 2018 (QPR vollstationär); gültig seit 01.11.2019

Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a SGB XI über die Darstellung und Bewertung der Qualitätsindikatoren gemäß § 113 Absatz 1a SGB XI und der Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen nach §§ 114 f. SGB XI - Qualitätsdarstellungsvereinbarung für die stationäre Pflege (QDVS) – in der jeweils aktuellen Fassung

Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) in der vollstationären Pflege – in der jeweils aktuellen Fassung

Rahmenvertrag für vollstationäre Pflege gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI – in der jeweils aktuellen Fassung

Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI

Qualitätsrelevante Inhalte der Verträge der Pflege- und der Krankenkassen mit der jeweiligen Pflegeeinrichtung

Aktueller Stand des Wissens

Expertenstandards nach § 113a SGB XI

Richtlinien zur Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 und Absatz 7 Nr. 1 SGB V – in der jeweils aktuellen Fassung

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

## 1. Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

### D. Angaben zur Einrichtung

1. Auftragsnummer	230302VS18102100-000000844
2. Name	Altenheim Haus St. Elisabeth
3. Straße	Schultesberg 5
4. PLZ/Ort	88316 Isny
5. Institutionskennzeichen (IK)	1 . 510841746
6. Telefon	+49 75627097811
7. Fax	+49 75627097840
8. E-Mail	info@ahz-isny.de
9. Internetadresse	www.ahz-isny.de
10. Träger / Inhaber	AHZ Isny gGmbH, Schultesberg 5, 88316 Isny
11. Trägerart	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> freigemeinnützig <input checked="" type="checkbox"/> öffentlich <input type="checkbox"/> nicht zu ermitteln
12. ggf. Verband	Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart e.V.
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	20.03.1923
16. Name der Einrichtungsleitung	Frank Höfle
17. verantwortliche Pflegefachkraft Name	Madleen Groth
18. stellv. verantwortliche Pflegefachkraft Name	Mathias Groth
20. Name der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS	Frank Höfle
21. E-Mail der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS	frank.hoefle@ahz-isny.de
22. Zusatzfeld DAS-Kennzeichen	106345

**E. Angaben zur Prüfung**

1. Auftraggeber / Zuständiger Landesverband der Pflegekassen	<input checked="" type="checkbox"/> AOK <input type="checkbox"/> BKK <input type="checkbox"/> IKK	<input type="checkbox"/> KNAPPSCHAFT <input type="checkbox"/> LKK <input type="checkbox"/> vdek
2. Prüfung durch	<input checked="" type="checkbox"/> Medizinischer Dienst	<input type="checkbox"/> PKV-Prüfdienst
3. Datum	von: 02.03.2023	bis: 03.03.2023
4. Uhrzeit		
1. Tag	von: 07:02 Uhr	bis: 16:47 Uhr
2. Tag	von: 07:00 Uhr	bis: 14:45 Uhr
5. Gesprächspartnerin oder Gesprächspartner der stationären Pflegeeinrichtung	1 . Frank Höfle 2 . Madleen Groth 3 . Mathias Groth 4 . Andrea Wernecke	
6. Prüferin oder Prüfer	1 . Rothenhäusler, Martina 2 . Vonier, Dagmar	
7. An der Prüfung Beteiligte	Namen	
<input type="checkbox"/> Pflegekasse		
<input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger		
<input type="checkbox"/> Aufsichtsbehörde		
<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt		
<input type="checkbox"/> Trägerverband		
<input type="checkbox"/> Sonstige: Welche?		

**F. Prüfauftrag nach § 114 SGB XI**

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

5. Datum der letzten Prüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI	06.03.2020
6. Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen	Datum
<input checked="" type="checkbox"/> Nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde	30.03.2021
<input checked="" type="checkbox"/> Gesundheitsamt	30.03.2021
<input type="checkbox"/> Sonstige	

### G. Art der Einrichtung und Versorgungssituation

	Vollstationäre Pflege		Kurzzeitpflege
vorgehaltene Plätze	68		8
	vollstationäre Pflege	eingestreuete Kurzzeitpflege	
belegte Plätze	630	2	2

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

			davon nach SGB XI eingestuft in Pflegegrad					
Wohn-/Pflegebereich	Bereich auf einer Ebene	Anzahl versorgte Personen	kein Pflegegrad	1	2	3	4	5
1	Ja	23			4	8	7	4
2	Nein	42			11	18	12	1
<b>Summe</b>		<b>65</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>15</b>	<b>26</b>	<b>19</b>	<b>5</b>

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

1. Wachkoma	0
2. Beatmungspflicht	0
3. Dekubitus	2
4. Blasenkatheter	4
5. PEG-Sonden	1
6. Fixierung	0
7. Kontraktur	0

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)**

Vollzeit Std./Woche: 39,5

Funktion/Qualifikation	Anzahl MA	Teilzeit		Geringfügig Beschäftigte		Gesamtstellen in Vollzeit
		Anzahl MA	Stellenumfang (Std./Woche)	Anzahl MA	Stellenumfang (Std./Woche)	
<b>Pflege</b>						
verantwortliche Pflegefachkraft	1,0					1,0
stellv. verantwortliche Pflegefachkraft	1,0					1,0
Altenpfleger/in	5,0	5,0	19,75			11,61
		3,0	31,6			
		1,0	4,3			
		2,0	23,7			
		1,0	15,8			
Gesundheits und Krankenpfleger/in		1,0	27,65			1,8
		1,0	23,7			
		2,0	9,87			
Altenpflegehelfer/in	2,0	2,0	31,6			7,9
		3,0	27,65			
		2,0	23,7			
		2,0	19,75			
angelernte Kräfte	4,0	1,0	31,6			12,23
		1,0	29,63			
		1,0	27,65			
		4,0	23,7			
		4,0	19,75			
		1,0	15,8			
		2,0	13,83			

Funktion/Qualifikation	Anzahl MA	Teilzeit		Geringfügig Beschäftigte		Gesamtstellen in Vollzeit
		Anzahl MA	Stellenumfang (Std./Woche)	Anzahl MA	Stellenumfang (Std./Woche)	
		2,0	5,92			
		1,0	7,11			
Auszubildende	2,0					2,0
zusätzliches Personal nach PpSG (§ 8 Abs. 6 SGB XI)	1,0	1,0	31,6			2,55
		1,0	29,63			
<b>Betreuung</b>						
zusätzliche Betreuungskräfte nach § 43b SGB XI		1,0	23,7			4,67
		4,0	19,75			
		1,0	13,83			
		1,0	27,65			
		1,0	11,85			
		1,0	9,87			
		1,0	7,9			
		1,0	10,67			
<b>Hauswirtschaftliche Versorgung</b>						
hauswirtschaftliche Fachkräfte (2-3-jährige Ausbildung oder Studium)		1,0	9,87			1,5
		1,0	23,7			
		1,0	25,68			

## 2. Allgemeine Informationen zur Prüfung

### **Impfstatus-Stichprobe:**

Der Aufnahme von nicht gegen das Coronavirus geimpften versorgten Personen in die Qualitätsprüfung des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg stimmte die Einrichtung zu.

### **Meldepflicht:**

Aufgrund § 35 Abs. 6 IfSG i.V.m. § 114 Abs. 2 SGB XI wurde überprüft, ob die Meldepflicht nach § 35 Abs. 6 IfSG durch die Pflegeeinrichtung erfüllt wurde.

Die Einrichtung konnte ihre Registrierung bei der Online-Plattform (<https://befragungen.rki.de/ifsg20a/>) mittels Bestätigung der Registrierung durch das RKI (E-Mail) nachweisen.

Die Einrichtung konnte die Meldung für den Stichtag 31.01.2023 mittels Bestätigung der erfolgten Meldung durch das RKI (E-Mail) nachweisen.

Die erforderliche Stichprobengröße konnte/ konnte nicht erreicht werden, weil nicht alle versorgten Personen/bzw. deren gesetzliche Vertreter ihre Einwilligung zur Einbeziehung in die Stichprobe erteilt haben oder nicht erreicht werden konnten.

Die Qualitätsprüfung fand in einer kooperativen und konstruktiven Atmosphäre statt.

Der Qualitätsprüfung durch den Medizinischen Dienst Baden-Württemberg liegt ein beratungsorientierter Prüfansatz zu Grunde. Zu Beginn wurden die Gesprächspartner über den Prüfauftrag und den Ablauf der Qualitätsprüfung informiert. Die Interessenvertretung der versorgten Personen wurde über die Durchführung der Qualitätsprüfung informiert.

Die Qualitätsprüferinnen und Qualitätsprüfer haben die Einwilligungen der versorgten Personen bzw. ihrer gesetzlichen Vertreter zur Einbeziehung in die Qualitätsprüfung eingeholt. Die Betroffenen wurden ausführlich über Anlass und Zweck sowie Inhalt, Umfang, Durchführung und Dauer der Maßnahme, den vorgesehenen Zweck der Verarbeitung und die Nutzung der dabei erhobenen personenbezogenen Daten, die Freiwilligkeit der Teilnahme und die jederzeitige Widerrufbarkeit der Einwilligung informiert. Es wurde darauf hingewiesen, dass im Falle der Ablehnung keine Nachteile für die versorgten Personen entstehen.

Im Verlauf der Qualitätsprüfung wurden die von der Pflegeeinrichtung für das Fachgespräch zur Verfügung gestellten Ansprechpartner beraten. Zudem wurden die Gesprächspartner informiert, dass nur die Unterlagen berücksichtigt werden können, die im Rahmen der Qualitätsprüfung vorgelegt wurden. Die Pflegeeinrichtung erhielt während der Qualitätsprüfung Gelegenheit, alle vorhandenen prüfrelevanten Unterlagen vorzulegen und bewertungsrelevante Informationen zu geben. Ein im Rahmen der Qualitätsprüfung festgestellter Qualitätsmangel wird im Prüfbericht unabhängig davon, wann dieser Mangel abgestellt wird, als solcher dokumentiert.

Im Rahmen des Abschlussgespräches wurden die Einrichtungsvertreter über die zentralen vorläufigen Ergebnisse informiert. Der daraus resultierende Handlungsbedarf wurde durch das Prüfteam aufgezeigt und die Einrichtungsvertreter individuell beraten.

Eventuell abweichende fachliche Einschätzungen der Einrichtungsvertreter sind in den einzelnen Qualitätsaspekten protokolliert und inhaltlich zusammenfassend dargestellt.

Die festgestellten Auffälligkeiten bzw. Defizite sind im Prüfbericht in den einzelnen Qualitätsbereichen sowie unter den zusammenfassenden Kapiteln dargestellt.

<p>In die Stichprobe zur Qualitätsprüfung wurden insgesamt 9 versorgte Personen einbezogen.</p> <p>Gruppe A: Fortbewegung = beeinträchtigt &amp; Kognitive Fähigkeiten = beeinträchtigt Anzahl der Bewohner: 2</p> <p>Gruppe B: Fortbewegung = beeinträchtigt &amp; Kognitive Fähigkeiten = unbeeinträchtigt Anzahl der Bewohner: 2</p> <p>Gruppe C: Fortbewegung = unbeeinträchtigt &amp; Kognitive Fähigkeiten = beeinträchtigt Anzahl der Bewohner: 2</p> <p>Anzahl der Bewohner, die keiner Subgruppe zugeordnet waren: 3</p>
<p>Eine personenbezogene Plausibilitätskontrolle erfolgte bei 6 der in die Qualitätsprüfung einbezogenen Personen.</p>
<p>In die Stichprobe zur Plausibilitätskontrolle des Erhebungsreports wurden insgesamt 3 versorgte Personen einbezogen.</p>

### 3. Gesamtbeurteilung der personenbezogenen Versorgung

Qualitätsbereiche und -aspekte	Anzahl der Personen insgesamt, bei denen der Qualitätsaspekt geprüft wurde	A) Keine Auffälligkeiten B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person			
		A)	B)	C)	D)
Bereich 1		A)	B)	C)	D)
Qualitätsaspekt 1.1	9	9: P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9	0	0	0
Qualitätsaspekt 1.2	7	7: P1, P3, P4, P5, P6, P7, P9	0	0	0
Qualitätsaspekt 1.3	7	7: P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9	0	0	0
Qualitätsaspekt 1.4	9	9: P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9	0	0	0
Bereich 2		A)	B)	C)	D)
Qualitätsaspekt 2.1	9	9: P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9	0	0	0
Qualitätsaspekt 2.2	6	6: P2, P3, P4, P5, P6, P8	0	0	0

Qualitätsbereiche und -aspekte	Anzahl der Personen insgesamt, bei denen der Qualitätsaspekt geprüft wurde	A) Keine Auffälligkeiten B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person			
Qualitätsaspekt 2.3	0	0	0	0	0
Qualitätsaspekt 2.4	0	0	0	0	0
Qualitätsaspekt 2.5		Auffälligkeiten, die für die Beratung der Pflegeeinrichtung relevant sind		Defizite, die für die Beratung relevant sind und für den Maßnahmenbescheid der Pflegekasse relevant sein könnten	
	0	0		0	
Bereich 3		A)	B)	C)	D)
Qualitätsaspekt 3.1	5	5: P1, P3, P4, P7, P8	0	0	0
Qualitätsaspekt 3.2	5	5: P3, P5, P6, P7, P9	0	0	0
Qualitätsaspekt 3.3	7	7: P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9	0	0	0
Bereich 4		A)	B)	C)	D)
Qualitätsaspekt 4.1	4	4: P1, P7, P8, P9	0	0	0
Qualitätsaspekt 4.2	2	2: P3, P4	0	0	0
Qualitätsaspekt 4.3	1	1: P2	0	0	0
Qualitätsaspekt 4.4	0	0	0	0	0

## Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

### 1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

#### Qualitätsaussage

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

#### Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite

entfällt

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

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

## 1.2 Unterstützung im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

### Qualitätsaussage

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

### Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite

entfällt

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

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

## 1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung

### Qualitätsaussage

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

### Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite

entfällt

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

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

## 1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

### Qualitätsaussage

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

### Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite

entfällt

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

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

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

### 2.1 Medikamentöse Therapie

### Qualitätsaussage

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

### Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite

entfällt

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

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

### 2.2 Schmerzmanagement

### Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

### Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite

entfällt

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

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

### 2.3 Wundversorgung

#### Qualitätsaussage

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

**Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite**

entfällt

### 2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

#### Qualitätsaussage

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

**Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite**

entfällt

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

#### Qualitätsaussage

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

**Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite**

entfällt

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

#### 3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

##### Qualitätsaussage

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

**Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite**

entfällt

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

<b>A) keine Auffälligkeiten</b>	
P1, P3, P4, P7, P8	
<b>B) Auffälligkeiten</b> (bitte erläutern)	

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

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

#### Qualitätsaussage

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

#### Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite

entfällt

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

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

### 3.3 Nächtliche Versorgung

#### Qualitätsaussage

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

#### Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite

entfällt

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

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

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

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

#### Qualitätsaussage

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

#### Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite

entfällt

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

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

### 4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

#### Qualitätsaussage

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

#### Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite

entfällt

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

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

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

#### Qualitätsaussage

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

#### Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite

entfällt

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

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

#### 4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

##### Qualitätsaussage

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

**Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite**

entfällt

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

### Qualitätsbereich 5: Bedarfsübergreifende fachliche Anforderungen

#### 5.1 Abwehr von Risiken und Gefährdungen

##### Qualitätsaussage

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

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

#### 5.2 Biografieorientierte Unterstützung

##### Qualitätsaussage

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

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

#### 5.3 Einhaltung von Hygieneanforderungen

##### Qualitätsaussage

Grundlegende Hygieneanforderungen werden eingehalten und umgesetzt.

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

## 5.4 Hilfsmittelversorgung

### Qualitätsaussage

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

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

## 5.5 Schutz von Persönlichkeitsrechten und Unversehrtheit

### Qualitätsaussage

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

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

## Qualitätsbereich 6: Einrichtungsinterne Organisation und Qualitätsmanagement

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

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft und ihrer Stellvertretung in dieser Pflegeeinrichtung (wöchentlicher Stundenumfang)	79
Stundenumfang, in dem die verantwortliche Pflegefachkraft und ihre Stellvertretung in der Pflege tätig sind	0

#### Prüffragen

1. Verfügt die verantwortliche Pflegefachkraft über die notwendige Qualifikation und Erfahrung (Pflegefachkraft, ausreichende Berufserfahrung, Weiterbildung zum Erwerb einer formalen Leitungsqualifikation)?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. Ist die Stellvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft eine Pflegefachkraft?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. Steht die verantwortliche Pflegefachkraft in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. Steht die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

5. Verfügt die verantwortliche Pflegefachkraft über genügend Zeit für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6. Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft für eine fachgerechte Planung, Durchführung und Evaluation der Pflegeprozesse?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7. Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft für die Ausrichtung der Dienstplanung am Pflegebedarf und den Qualifikationsanforderungen?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

## 6.2 Begleitung sterbender Personen und ihrer Angehörigen

### Qualitätsaussage

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

### Prüffragen

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

## 6.3 Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

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

Interne Maßnahmen zur Identifizierung etwaiger Qualitätsdefizite:	Pflegevisiten
Aktuelle Maßnahmen zur Behebung von Qualitätsdefiziten:	Schulungen über Pflegecampus, Schulungen, Teambesprechungen, Fallbesprechungen, Pflegevisite

**Prüffragen**

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

**5. Gesamtergebnis der Plausibilitätskontrolle**

Gesamtübersicht der Ergebnisse der Plausibilitätskontrolle des Erhebungsreports			
Anzahl der Personen insgesamt, bei denen der Erhebungsreport geprüft wurde	keine Auffälligkeiten	Auffälligkeit festgestellt	kritischer Bereich (ab drei Personen)
3	Ja		Nein
Eine Plausibilitätskontrolle auf der Ebene des Einzelfalls hat bei 6 versorgten Personen stattgefunden.			
Gesamtübersicht der Ergebnisse der Plausibilitätskontrolle auf der Ebene des Einzelfalls			
Ergebnisindikatoren	Anzahl der Personen insgesamt, bei denen keine Auffälligkeiten festgestellt wurden	Anzahl der Personen insgesamt, bei denen Auffälligkeiten festgestellt wurden	Kritischer Bereich (ab zwei Personen)
<b>Qualitätsbereich 1</b>			
Angaben zur Mobilität (1.1)	6 - P1, P2, P3, P4, P5, P6	0	Nein

<b>Eine Plausibilitätskontrolle auf der Ebene des Einzelfalls hat bei 6 versorgten Personen stattgefunden.</b>			
<b>Gesamtübersicht der Ergebnisse der Plausibilitätskontrolle auf der Ebene des Einzelfalls</b>			
<b>Ergebnisindikatoren</b>	<b>Anzahl der Personen insgesamt, bei denen keine Auffälligkeiten festgestellt wurden</b>	<b>Anzahl der Personen insgesamt, bei denen Auffälligkeiten festgestellt wurden</b>	<b>Kritischer Bereich (ab zwei Personen)</b>
Angaben zu gravierenden Sturzfolgen (1.1)	6 - P1, P2, P3, P4, P5, P6	0	Nein
Angaben zu Gewichtsverlust und zu den Faktoren, die das Gewicht beeinflussen (1.2)	6 - P1, P2, P3, P4, P5, P6	0	Nein
Angaben zur Selbstständigkeit bei der Selbstversorgung (1.4)	6 - P1, P2, P3, P4, P5, P6	0	Nein
<b>Qualitätsbereich 2</b>			
Angaben zum Thema Schmerz (2.2)	5 - P1, P2, P3, P4, P6	1 - P5	Nein
Angaben zur Dekubitusentstehung (2.3)	6 - P1, P2, P3, P4, P5, P6	0	Nein
<b>Qualitätsbereich 3</b>			
Angaben zur Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte (3.2)	6 - P1, P2, P3, P4, P5, P6	0	Nein
Angaben zu den kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (3.2)	6 - P1, P2, P3, P4, P5, P6	0	Nein
<b>Qualitätsbereich 4</b>			
Angaben zum Heimeinzug und zur Durchführung eines Integrationsgesprächs (4.1)	6 - P1, P2, P3, P4, P5, P6	0	Nein
Angaben zu Krankenhausaufenthalten (4.2)	6 - P1, P2, P3, P4, P5, P6	0	Nein

**Eine Plausibilitätskontrolle auf der Ebene des Einzelfalls hat bei 6 versorgten Personen stattgefunden.**

**Gesamtübersicht der Ergebnisse der Plausibilitätskontrolle auf der Ebene des Einzelfalls**

<b>Ergebnisindikatoren</b>	<b>Anzahl der Personen insgesamt, bei denen keine Auffälligkeiten festgestellt wurden</b>	<b>Anzahl der Personen insgesamt, bei denen Auffälligkeiten festgestellt wurden</b>	<b>Kritischer Bereich (ab zwei Personen)</b>
Angaben zur Anwendung von Gurten (4.4)	6 - P1, P2, P3, P4, P5, P6	0	Nein
Angaben zur Anwendung von Bettseitenteilen (4.4)	6 - P1, P2, P3, P4, P5, P6	0	Nein

## 6. Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten

Personenbezogene Empfehlungen: keine

Einrichtungsbezogene Empfehlungen: keine

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

**Verantwortlich für das Gutachten:**

**21.03.2023, Rothenhäusler, Martina**

### **Anlagen zum Prüfbericht**

- Prüfbogen A
- Prüfbogen C

## Prüfbogen A

### P1

## Prüfung bei der versorgten Person - Allgemeine Angaben

### A. Angaben zur Prüfung

1. Auftragsnummer	230302VS18102100-000000844
2. Datum	02.03.2023
3. Uhrzeit	12:46
4. Nummer Prüfbogen A	1

### B. Angaben zur versorgten Person

1. Name	P1
2. Pflegekasse	Postbeamtenkasse
3. Pflege-/Wohnbereich	OG 3
4. Geburtsdatum	**.*.*.1934
5. Alter in Jahren	88
6. Einzugsdatum	**.*.06.2022
7. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Epilepsie, Hörverlust, Varizen der unteren Extremitäten, Skoliose,
8. Personenbezogener Code	000424
9. Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10. Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein <input checked="" type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5
11. Subgruppe	<input checked="" type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C
12. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

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

**C. Anwesende Personen**

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

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

**1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

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

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

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

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>1. Gewicht</b>	
Gewicht aktuell (in kg)	55,0
Gewicht vor 3 Monaten (in kg)	52,8
Gewicht vor 6 Monaten (in kg)	52,8
Hinweise auf Gewichtsabnahme	keine
Größe (in cm)	152,0
Aktueller BMI	23,8
Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme	Die Mahlzeiten und Getränke müssen bereitgestellt werden die versorgte Person muss zum trinken motiviert werden  Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme.
<b>2. Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme</b>	
<input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde	<input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus
Nahrung kcal/24h + Flussrate	
Flüssigkeit ml/24h + Flussrate	

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

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

### 1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## 1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

<b>Körperpflege</b>	
Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im Bereich der Körperpflege	die versorgte Person benötigt Unterstützung beim Waschen des Rückens der Beinen und des Intimbereichs und beim Duschen und Haare waschen.

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

### Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5

Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen auflisten)	Medikamentengabe 2 x täglich Blutdruckmessung alle 2 Tag Gewichtskontrolle 1 x wöchentlich
Zusammenfassende Einschätzung der Selbständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen	die Medikamente werden gerichtet und bereitgestellt

## 2.1 Medikamentöse Therapie

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

Medikamentöse Therapie	
Informationen zur medikamentösen Therapie der versorgten Person (soweit verfügbar: Medikationsplan, Hinweise auf Neben-/ Wechselwirkungen, besondere ärztliche An- bzw. Verordnungen):	Medikamentenplan, ärztliche Verordnung
die Medikamente werden gerichtet und bereitgestellt	

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

## 2.2 Schmerzmanagement

### Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

### Informationserfassung

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

### Plausibilitätskontrolle

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

**2.3 Wundversorgung**

**Qualitätsaussage**

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

**Informationserfassung**

Bei der versorgten Person liegen keine Wunden vor.
--

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

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

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

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

## Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## 2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

### Qualitätsaussage

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

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

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

### 3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

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

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

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

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

##### Genutzte Hilfsmittel

Hörgeräte beidseitig

## Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) keine Auffälligkeiten

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

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

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

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

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

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

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

##### Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen

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

#### Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

#### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

### 3.3 Nächtliche Versorgung

#### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

#### Nächtlicher Unterstützungsbedarf

Bei der versorgten Person liegt kein nächtlicher Unterstützungsbedarf vor.

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

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

#### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

Unterstützung nach Einzug	
Einzugsdatum	13.06.2022
Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf)	09.08.2022
Anpassung der Unterstützung während der ersten 8 Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf)	ja

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) keine Auffälligkeiten

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

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

## 4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

#### Grund, Dauer und Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten in den letzten 6 Monaten

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

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

#### Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## 4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

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

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

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

### Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## Prüfbogen A

### P2

### Prüfung bei der versorgten Person - Allgemeine Angaben

#### A. Angaben zur Prüfung

1. Auftragsnummer	230302VS18102100-000000844
2. Datum	02.03.2023
3. Uhrzeit	13:26
4. Nummer Prüfbogen A	2

#### B. Angaben zur versorgten Person

1. Name	P2
2. Pflegekasse	DAK
3. Pflege-/Wohnbereich	OG 3
4. Geburtsdatum	**.**.1929
5. Alter in Jahren	94
6. Einzugsdatum	**.**.11.2018
7. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Linksschenkelblock, essentielle Hypertonie, psychische Verhaltensstörung durch Alkohol, Schwindel und Taumel, Diabetes mellitus, COPD, Radikulopathie Lumbalbereich
8. Personenbezogener Code	000271
9. Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10. Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input checked="" type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5
11. Subgruppe	<input checked="" type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C

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

### C. Anwesende Personen

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

## Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

### 1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

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

#### Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

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

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>1. Gewicht</b>	
Gewicht aktuell (in kg)	57,8
Gewicht vor 3 Monaten (in kg)	61,2
Gewicht vor 6 Monaten (in kg)	61,0
Hinweise auf Gewichtsabnahme	der versorgte Person ist der Gewichtsverlust bekannt, sie hatte eine starke Erkältung, inzwischen ist der Appetit vorhanden und das Gewicht stabil.
Größe (in cm)	162,0
Aktueller BMI	22,0
Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme	Bei der versorgten Person sind keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme vorhanden. Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme.
<b>2. Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme</b>	

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

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

**1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

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

## Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

### 1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

<b>Körperpflege</b>	
Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im Bereich der Körperpflege	die versorgte Person benötigt Unterstützung beim Duschen

#### Plausibilitätskontrolle

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

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

## Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

### Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5

Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen auflisten)	Medikamentengabe 5 x täglich Gewichtskontrolle 1 x monatlich Sauerstoffgabe 2 l/ min kontinuierlich Inhalation 3 x täglich
Zusammenfassende Einschätzung der Selbständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen	die Medikamente werden bereitgestellt und die Einnahme muss überwacht werden

## 2.1 Medikamentöse Therapie

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

Medikamentöse Therapie	
Informationen zur medikamentösen Therapie der versorgten Person (soweit verfügbar: Medikationsplan, Hinweise auf Neben-/ Wechselwirkungen, besondere ärztliche An- bzw. Verordnungen):	Medikamentneplan
die Medikamente werden bereitgestellt und die Einnahme wird überwacht	

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

## 2.2 Schmerzmanagement

### Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

### Informationserfassung

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

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

## 2.3 Wundversorgung

### Qualitätsaussage

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

### Informationserfassung

Bei der versorgten Person liegen keine Wunden vor.
--

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## 2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

<b>Vorgefundener medizinisch-pflegerischer Bedarf, zu dem eine ärztliche An- bzw. Verordnung vorliegt</b>
<input type="checkbox"/> Absaugen <input type="checkbox"/> Versorgung mit Beatmungsgerät <input type="checkbox"/> Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose <input type="checkbox"/> Versorgung von Drainagen <input type="checkbox"/> Versorgung mit einem suprapubischen Katheter <input type="checkbox"/> Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) <input type="checkbox"/> Versorgung mit Colo-/Ileo-/Uro- oder sonstigem Stoma <input type="checkbox"/> Versorgung mit einer Trachealkanüle <input type="checkbox"/> Versorgung mit einem zentralen Venenkatheter

Besondere ärztliche Anordnungen zu den oben genannten Bedarfslagen	Bei der versorgten Person bestehen keine besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen.
--	---

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## 2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

### Qualitätsaussage

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

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

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

### 3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

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

## Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

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

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

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

##### Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen

#### Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

## Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

### 3.3 Nächtliche Versorgung

#### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

#### Nächtlicher Unterstützungsbedarf

Bei der versorgten Person liegt kein nächtlicher Unterstützungsbedarf vor.

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

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

#### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

Unterstützung nach Einzug	
Einzugsdatum	30.11.2018
Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf)	
Anpassung der Unterstützung während der ersten 8 Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf)	
Der Einzug der versorgten Person liegt bereits länger als 12 Monate zurück.	

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

### 4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

#### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

#### Grund, Dauer und Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten in den letzten 6 Monaten

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

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

#### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

#### Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Verbale Aggression:

verbale negative Äußerungen gegenüber den Pflegepersonen täglich

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) keine Auffälligkeiten

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

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

### 4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

#### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

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

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

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

### Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## Prüfbogen A

### P3

## Prüfung bei der versorgten Person - Allgemeine Angaben

### A. Angaben zur Prüfung

1. Auftragsnummer	230302VS18102100-000000844
2. Datum	03.03.2023
3. Uhrzeit	10:09
4. Nummer Prüfbogen A	3

### B. Angaben zur versorgten Person

1. Name	P3
2. Pflegekasse	AOK
3. Pflege-/Wohnbereich	2
4. Geburtsdatum	**.**.1932
5. Alter in Jahren	90
6. Einzugsdatum	**.**.11.2019
7. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Herzinsuffizienz, Herzklappeninsuffizienz, respiratorische Insuffizienz, VHF, Gonarthrose, Läsionen der Rotatorenmanschette, Makuladegeneration, Osteoporose, Niereninsuffizienz Stadium 1.
8. Personenbezogener Code	000335
9. Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10. Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input checked="" type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5
11. Subgruppe	<input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A <input checked="" type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C

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

### C. Anwesende Personen

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

## Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

### 1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

1. Beeinträchtigungen	Erläuterungen
<input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance	Geht im Zimmer teilweise frei, meist nutzt sie den Rollator auch außerhalb des Zimmers, kann selbstständig im und außer Haus gehen.
<input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen	Die versorgte Person ist beim Treppensteigen unselbstständig. Sie muss getragen oder mit Hilfsmittel transportiert werden.
<input type="checkbox"/> Beweglichkeit der Extremitäten	
<b>2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung</b>	
Rollator	

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

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

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>1. Gewicht</b>	
Gewicht aktuell (in kg)	60,8
Gewicht vor 3 Monaten (in kg)	64,8
Gewicht vor 6 Monaten (in kg)	65,4
Hinweise auf Gewichtsabnahme	Die versorgte Person hat an Gewicht abgenommen. Die Diurese wurde nachvollziehbar im Dezember 2022 bis Februar 2023 mehrfach verändert und angepasst.
Größe (in cm)	155,0
Aktueller BMI	25,3
Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme	Getränke und Mahlzeiten bereitstellen  Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme.
<b>2. Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme</b>	

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

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

**1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>Kontinenz</b>	
Beeinträchtigungen der Harn- und Stuhlkontinenz	Die versorgte Person benötigt teilweise Unterstützung, um die Inkontinenzvorlage entsprechend zu wechseln. Nachts wird die zur Toilette begleitet.

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

**1.4 Unterstützung bei der Körperpflege**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>Körperpflege</b>	
Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im Bereich der Körperpflege	überwiegend selber PP hilft nur bei Bedarf.

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

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

### Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5

Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen aufführen)	Medikamentengabe 3 x täglich
Zusammenfassende Einschätzung der Selbständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen	Muss erinnert werden die Medikamente einzunehmen.

### 2.1 Medikamentöse Therapie

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

### 2.2 Schmerzmanagement

#### Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

#### Informationserfassung

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

Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen (einschließlich chronischer Schmerz, der aufgrund der aktuellen Schmerzmedikation abgeklungen ist)?	<input type="checkbox"/> Ja, akute Schmerzen <input checked="" type="checkbox"/> Ja, chronische Schmerzen <input type="checkbox"/> Nein
Lokalisation	Rippen links
Schmerzintensität	0-4

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

## 2.3 Wundversorgung

### Qualitätsaussage

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

### Informationserfassung

Bei der versorgten Person liegen keine Wunden vor.
--

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## 2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

### Qualitätsaussage

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

## Informationserfassung

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

## Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## 2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

### Qualitätsaussage

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

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

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

### 3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

#### Qualitätsaussage

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

## Informationserfassung

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

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

**Genutzte Hilfsmittel**

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

A) keine Auffälligkeiten

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

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

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

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

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

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

**Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen**

keine Beeinträchtigungen

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

### 3.3 Nächtliche Versorgung

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

<b>Nächtlicher Unterstützungsbedarf</b>
bei Bedarf Begleitung zur Toilette, Hilfestellung beim Wechsel der Inkontinenzvorlage

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

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

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

<b>Unterstützung nach Einzug</b>
----------------------------------

Einzugsdatum	27.11.2019
Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf)	
Anpassung der Unterstützung während der ersten 8 Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf)	
Der Einzug der versorgten Person liegt bereits länger als 12 Monate zurück.	

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## 4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

<b>Grund, Dauer und Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten in den letzten 6 Monaten</b>
01.01.2023-11.01.2023 wegen Influenza, 08.02.2023-12.02.2023 wegen Atembeschwerden, Rippenfraktur/Wirbelsäulenschmerzen

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

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

#### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

### 4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

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

#### Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

#### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## Prüfbogen A

### P4

## Prüfung bei der versorgten Person - Allgemeine Angaben

### A. Angaben zur Prüfung

1. Auftragsnummer	230302VS18102100-000000844
2. Datum	02.03.2023
3. Uhrzeit	14:11
4. Nummer Prüfbogen A	4

### B. Angaben zur versorgten Person

1. Name	P4
2. Pflegekasse	AOK
3. Pflege-/Wohnbereich	2
4. Geburtsdatum	**.**.*.1944
5. Alter in Jahren	78
6. Einzugsdatum	**.**.05.2021
7. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Syringomelie, Klippel-Feil-Syndrom, angeboren Fehlbildung des Rückenmarks
8. Personenbezogener Code	000167
9. Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10. Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein <input checked="" type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5
11. Subgruppe	<input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A <input checked="" type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C
12. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

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

**C. Anwesende Personen**

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

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

**1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

1. Beeinträchtigungen	Erläuterungen
<input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance	Geht mit dem Rollator selbstständig innerhalb des Zimmers. Außerhalb des Zimmers fährt die versorgte Person in einem elektrischen Rollstuhl. Sie geht kleinschrittig mit schlurfendem Gangbild.
<input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen	Die versorgte Person ist beim Treppensteigen unselbstständig. Sie muss getragen oder mit Hilfsmittel transportiert werden.
<input checked="" type="checkbox"/> Beweglichkeit der Extremitäten	Beide Beine sind in der Bewegungsfähigkeit beeinträchtigt, linkes Bein ist mehr beeinträchtigt als das rechte Bein. Hemiparese links.
<b>2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung</b>	
elektrischer Rollstuhl, Rollator	

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

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

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>1. Gewicht</b>	
Gewicht aktuell (in kg)	64,2
Gewicht vor 3 Monaten (in kg)	
Gewicht vor 6 Monaten (in kg)	
Hinweise auf Gewichtsabnahme	Kein Hinweis auf eine Gewichtsabnahme.
Größe (in cm)	158,0
Aktueller BMI	25,7
Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme	Mundgerechte Zubereitung der Mahlzeiten, Getränke werden bereitgestellt.  Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme.
<b>2. Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme</b>	

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

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

**1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>Kontinenz</b>	
Beeinträchtigungen der Harn- und Stuhlkontinenz	Begleitung zur Toilette, beim Ankleiden helfen, Intimpflege übernehmen.

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

**1.4 Unterstützung bei der Körperpflege**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>Körperpflege</b>	
Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im Bereich der Körperpflege	Körperpflege muss bis auf das Gesicht übernommen werden.

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

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

### Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5

Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen aufführen)	Kompressionsstrümpfe an- und ausziehen 1 x täglich Medikamente 5 x täglich
Zusammenfassende Einschätzung der Selbständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen	Die Medikamente werden bereitgestellt, die Einnahme erfolgt selbstständig. Die Kompressionsstrümpfe werden von den Pflegekräften angezogen.

### 2.1 Medikamentöse Therapie

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

### 2.2 Schmerzmanagement

#### Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

### Informationserfassung

<b>Schmerzmanagement</b>	
Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen (einschließlich chronischer Schmerz, der aufgrund der aktuellen Schmerzmedikation abgeklungen ist)?	<input type="checkbox"/> Ja, akute Schmerzen <input checked="" type="checkbox"/> Ja, chronische Schmerzen <input type="checkbox"/> Nein
Lokalisation	Rücken und ganzer Körper.
Schmerzintensität	0-3

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

### 2.3 Wundversorgung

#### Qualitätsaussage

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

### Informationserfassung

Bei der versorgten Person liegen keine Wunden vor.
--

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## 2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## 2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

### Qualitätsaussage

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

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

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

### 3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

<b>Sehvermögen der versorgten Person bei ausreichender Beleuchtung (auch unter Verwendung von Sehhilfen)</b>
--

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

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

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

**Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen**

keine Beeinträchtigungen

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

**3.3 Nächtliche Versorgung**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

**Nächtlicher Unterstützungsbedarf**

Meldet sich bei Bedarf und/oder zum Transfer auf den Toilettenstuhl.

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

A) keine Auffälligkeiten

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

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

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

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

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

<b>Unterstützung nach Einzug</b>	
Einzugsdatum	18.05.2021
Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf)	
Anpassung der Unterstützung während der ersten 8 Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf)	
Der Einzug der versorgten Person liegt bereits länger als 12 Monate zurück.	

#### Plausibilitätskontrolle

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

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

#### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

### 4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

<b>Grund, Dauer und Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten in den letzten 6 Monaten</b>
25.12.2022-03.01.2023 respiratorische Globalinsuffizienz i. R. Pneumonie a.e. Influenza.

#### Plausibilitätskontrolle

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

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

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

**4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

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

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

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

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

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

Bewertung entfällt

## Prüfbogen A

P5

### Prüfung bei der versorgten Person - Allgemeine Angaben

#### A. Angaben zur Prüfung

1. Auftragsnummer	230302VS18102100-000000844
2. Datum	03.03.2023
3. Uhrzeit	11:22
4. Nummer Prüfbogen A	5

#### B. Angaben zur versorgten Person

1. Name	P5
2. Pflegekasse	KKH
3. Pflege-/Wohnbereich	2
4. Geburtsdatum	**.**.1938
5. Alter in Jahren	84
6. Einzugsdatum	**.**.09.2021
7. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Diabetes mellitus Typ 2, Spinalkanalstenose, Inkontinenz, Koxarthrose, Herzinsuffizienz, Tachykardie,
8. Personenbezogener Code	000392
9. Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10. Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein <input checked="" type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5
11. Subgruppe	<input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B <input checked="" type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C
12. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

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

**C. Anwesende Personen**

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

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

**1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

1. Beeinträchtigungen	Erläuterungen
<input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance	Gehen mit einem Rollator im hinteren Bereich des Wohnbereichs selbstständig, in der Einrichtung wird sie begleitet. Weitere Strecken außer Haus wird die versorgte Person in einem Rollstuhl gefahren.
<input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen	Die versorgte Person ist beim Treppensteigen überwiegend unselbstständig. Sie benötigt Stützung oder festen Halt durch eine Pflegeperson.
<input checked="" type="checkbox"/> Beweglichkeit der Extremitäten	Beide Schultergelenke. Leicht nach vorne gebeugter Oberkörper beim Gehen.
<b>2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung</b>	
Rollator, Rollstuhl	

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

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

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>1. Gewicht</b>	
Gewicht aktuell (in kg)	53,4
Gewicht vor 3 Monaten (in kg)	
Gewicht vor 6 Monaten (in kg)	
Hinweise auf Gewichtsabnahme	Kein Hinweis auf eine Gewichtsabnahme.
Größe (in cm)	152,0
Aktueller BMI	23,1
Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme	Mahlzeiten servieren, mundgerechte Zubereitung, zum Essen und Trinken anhalten/motivieren, Getränke in Reichweite stellen.  Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme.
<b>2. Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme</b>	

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

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

**1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>Kontinenz</b>	
Beeinträchtigungen der Harn- und Stuhlkontinenz	Wechsel der Inkontinenzvorlage, Intimpflege übernehmen.

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

**1.4 Unterstützung bei der Körperpflege**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>Körperpflege</b>	
Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im Bereich der Körperpflege	Bis auf die Gesichtspflege Übernahme der Körperpflege.

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

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

### Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5

Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen aufführen)	3 x täglich Medikamente
Zusammenfassende Einschätzung der Selbständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen	Die Medikamente werden bereitgestellt und an die Einnahme erinnert.

### 2.1 Medikamentöse Therapie

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

### 2.2 Schmerzmanagement

#### Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

#### Informationserfassung

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

Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen (einschließlich chronischer Schmerz, der aufgrund der aktuellen Schmerzmedikation abgeklungen ist)?	<input type="checkbox"/> Ja, akute Schmerzen <input checked="" type="checkbox"/> Ja, chronische Schmerzen <input type="checkbox"/> Nein
Lokalisation	Rücken, linke Rippen.
Schmerzintensität	0

### Plausibilitätskontrolle

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

<input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt	<input checked="" type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben)	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Die Bewohnerin bekommt Schmerzmedikamente am Morgen Novaminsulfon 1 tablette morgens und abends. Sie hat keine Schmerzen.		

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

## 2.3 Wundversorgung

### Qualitätsaussage

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

### Informationserfassung

Bei der versorgten Person liegen keine Wunden vor.
--

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## 2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## 2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

### Qualitätsaussage

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

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

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

### 3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

<b>Sehvermögen der versorgten Person bei ausreichender Beleuchtung (auch unter Verwendung von Sehhilfen)</b>
--

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## 3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

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

### Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

### 3.3 Nächtliche Versorgung

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

<b>Nächtlicher Unterstützungsbedarf</b>
Vorlagenwechsel, Begleitung zur Toilette

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

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

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

Unterstützung nach Einzug
---------------------------

Einzugsdatum	22.09.2021
Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf)	
Anpassung der Unterstützung während der ersten 8 Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf)	
Der Einzug der versorgten Person liegt bereits länger als 12 Monate zurück.	

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## 4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

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

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

#### Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## 4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

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

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

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

### Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## Prüfbogen A

### P6

#### Prüfung bei der versorgten Person - Allgemeine Angaben

##### A. Angaben zur Prüfung

1. Auftragsnummer	230302VS18102100-000000844
2. Datum	03.03.2023
3. Uhrzeit	10:46
4. Nummer Prüfbogen A	6

##### B. Angaben zur versorgten Person

1. Name	P6
2. Pflegekasse	DAK
3. Pflege-/Wohnbereich	2
4. Geburtsdatum	**.*.*.1936
5. Alter in Jahren	86
6. Einzugsdatum	**.*.11.2021
7. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Inkontinenz, Herzinsuffizienz
8. Personenbezogener Code	000396
9. Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10. Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input checked="" type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5
11. Subgruppe	<input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B <input checked="" type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C
12. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
13. Vorhandene Unterlagen	Pflegedokumentation

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

**C. Anwesende Personen**

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

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

**1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

1. Beeinträchtigungen	Erläuterungen
<input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance	Geht mit einem Rollator auf dem Wohnbereich selbstständig, in der gesamten Pflegeeinrichtung mit personeller Begleitung in leicht gebückter Haltung. Weitere Strecken wird sie in einem Rollstuhl gefahren.
<input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen	Die versorgte Person ist beim Treppensteigen unselbstständig. Sie muss getragen oder mit Hilfsmittel transportiert werden.
<input checked="" type="checkbox"/> Beweglichkeit der Extremitäten	linke Schulter und linker Arm
<b>2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung</b>	
Rollator und Rollstuhl	

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

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

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>1. Gewicht</b>	
Gewicht aktuell (in kg)	72,5
Gewicht vor 3 Monaten (in kg)	
Gewicht vor 6 Monaten (in kg)	
Hinweise auf Gewichtsabnahme	Kein Hinweis auf eine Gewichtsabnahme.
Größe (in cm)	174,0
Aktueller BMI	23,9
Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme	Zum Trinken motivieren, Flaschen vordrehen, mundgerechte Zwischenmahlzeiten anbieten, Mahlzeiten und Getränke bereitstellen.  Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme.
<b>2. Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme</b>	
<input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde	<input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus

Flüssigkeit ml/24h + Flussrate	
Zustand der Sonde, Eintrittsstelle, Verband	
<input type="checkbox"/> Subkutane Infusion	
<input type="checkbox"/> i.v.-Infusion	
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel	

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

**1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>Kontinenz</b>	
Beeinträchtigungen der Harn- und Stuhlkontinenz	Toilettengang anbieten, Inkontinenzvorlagenwechsel,
Nutzung von	<input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter <input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten offen <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten geschlossen <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Sonstigem

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

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

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

#### 1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

##### Qualitätsaussage

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

##### Informationserfassung

<b>Körperpflege</b>	
Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im Bereich der Körperpflege	Utensilien bereitstellen, Hilfestellung bei der Intimpflege, der Pflege des Rückens, der Beine und Füße.

##### Plausibilitätskontrolle

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

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

##### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) keine Auffälligkeiten

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

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

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

### Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5

Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen aufführen)	Medikamentengabe 3 x täglich
Zusammenfassende Einschätzung der Selbständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen	Medikamente bereitstellen

## 2.1 Medikamentöse Therapie

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

## 2.2 Schmerzmanagement

### Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

### Informationserfassung

Schmerzmanagement	
Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen (einschließlich chronischer Schmerz, der aufgrund der aktuellen Schmerzmedikation abgeklungen ist)?	<input type="checkbox"/> Ja, akute Schmerzen <input checked="" type="checkbox"/> Ja, chronische Schmerzen <input type="checkbox"/> Nein
Lokalisation	linke Schulter
Schmerzintensität	0-3

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

### 2.3 Wundversorgung

#### Qualitätsaussage

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

#### Informationserfassung

Bei der versorgten Person liegen keine Wunden vor.
--

#### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

### 2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

<b>Vorgefundener medizinisch-pflegerischer Bedarf, zu dem eine ärztliche An- bzw. Verordnung vorliegt</b>
<input type="checkbox"/> Absaugen <input type="checkbox"/> Versorgung mit Beatmungsgerät <input type="checkbox"/> Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose <input type="checkbox"/> Versorgung von Drainagen <input type="checkbox"/> Versorgung mit einem suprapubischen Katheter <input type="checkbox"/> Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) <input type="checkbox"/> Versorgung mit Colo-/Ileo-/Uro- oder sonstigem Stoma <input type="checkbox"/> Versorgung mit einer Trachealkanüle <input type="checkbox"/> Versorgung mit einem zentralen Venenkatheter

Besondere ärztliche Anordnungen zu den oben genannten Bedarfslagen	Bei der versorgten Person bestehen keine besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen.
--	---

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## 2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

### Qualitätsaussage

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

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

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

### 3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

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

## Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

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

#### Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

#### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

### 3.3 Nächtliche Versorgung

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

<b>Nächtlicher Unterstützungsbedarf</b>
Begleitung zum Toilettengang, Wechsel des Inkontinenzmaterials, Getränkeflaschen vordrehen.

#### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

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

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

<b>Unterstützung nach Einzug</b>	
Einzugsdatum	07.11.2021
Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf)	
Anpassung der Unterstützung während der ersten 8 Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf)	
Der Einzug der versorgten Person liegt bereits länger als 12 Monate zurück.	

#### Plausibilitätskontrolle

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

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

## Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

### 4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

##### Grund, Dauer und Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten in den letzten 6 Monaten

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

#### Plausibilitätskontrolle

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

keine Auffälligkeiten festgestellt

Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben)

trifft nicht zu

## Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

##### Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

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

## Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

### 4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

#### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

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

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

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

### Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## Prüfbogen A

### P7

## Prüfung bei der versorgten Person - Allgemeine Angaben

### A. Angaben zur Prüfung

1. Auftragsnummer	230302VS18102100-000000844
2. Datum	02.03.2023
3. Uhrzeit	12:56
4. Nummer Prüfbogen A	7

### B. Angaben zur versorgten Person

1. Name	P7
2. Pflegekasse	AOK
3. Pflege-/Wohnbereich	2
4. Geburtsdatum	**.*.*.1939
5. Alter in Jahren	83
6. Einzugsdatum	**.*.02.2023
7. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Hypertonie, Lungenemphysem, COPD, Psychische Verhaltensstörung.
8. Personenbezogener Code	
9. Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
10. Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input checked="" type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5
11. Subgruppe	<input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C
12. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

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

### C. Anwesende Personen

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

## Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

### 1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

1. Beeinträchtigungen	Erläuterungen
<input checked="" type="checkbox"/> Positionswechsel im Bett	Selbstständige Positionswechsel sind möglich.
<input checked="" type="checkbox"/> Aufstehen	Nur mit personeller Hilfe.
<input checked="" type="checkbox"/> Lageveränderung im Sitzen	Mikrobewegungen sind eigenständig möglich.
<input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance	Mit einem Rollator kann die versorgte Person kurze Strecken gehen. Wegen großer Sturzangst geht sie nur in Begleitung. Mit Haltemöglichkeit kann sie die Körperbalance halten.
<input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen	Die versorgte Person ist beim Treppensteigen unselbstständig. Sie muss getragen oder mit Hilfsmittel transportiert werden.
<input type="checkbox"/> Beweglichkeit der Extremitäten	

<input checked="" type="checkbox"/> Kraft	Die Kraft ist insgesamt reduziert.
<b>2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung</b>	
Rollstuhl, Rollator	

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

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

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>1. Gewicht</b>	
Gewicht aktuell (in kg)	92,2
Gewicht vor 3 Monaten (in kg)	
Gewicht vor 6 Monaten (in kg)	
Hinweise auf Gewichtsabnahme	Keine
Größe (in cm)	159,0
Aktueller BMI	36,5

Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme	Getränke und Mahlzeiten müssen in Reichweite gestellt werden.  Im Zusammenhang mit der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme werden folgende Hilfsmittel genutzt: Schnabelbecher
<b>2. Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme</b>	
<input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde	<input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus
Flüssigkeit ml/24h + Flussrate	
Zustand der Sonde, Eintrittsstelle, Verband	
<input type="checkbox"/> Subkutane Infusion	
<input type="checkbox"/> i.v.-Infusion	
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel	

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

**1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung**

**Qualitätsaussage**

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

### Informationserfassung

<b>Kontinenz</b>	
Beeinträchtigungen der Harn- und Stuhlkontinenz	Die versorgte Person meldet sich bei Harndrang und wird von den Pflegekräften auf die Toilette transferiert. Intimhygiene muss übernommen werden.
Nutzung von	<input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter <input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten offen <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten geschlossen <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Sonstigem

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

### 1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

#### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

<b>Körperpflege</b>	
Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im Bereich der Körperpflege	Mit Anleitung kann sich die versorgte Person das Gesicht selber pflegen, die weitere Körperpflege wird von den Pflegekräften übernommen.

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

<b>B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen</b>
<b>C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person</b>
<b>D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person</b>

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

### Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5

Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen aufführen)	Medikamentengabe 4 x täglich Kompressionsverbände 2 x täglich
Zusammenfassende Einschätzung der Selbständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen	Die Medikamente werden bereitgestellt, die Einnahme erfolgt eigenständig. Die Kompressionsbinden werden angelegt und entfernt.

### 2.1 Medikamentöse Therapie

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

## 2.2 Schmerzmanagement

### Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

### Informationserfassung

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

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## 2.3 Wundversorgung

### Qualitätsaussage

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

### Informationserfassung

Bei der versorgten Person liegen keine Wunden vor.
--

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## 2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## 2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

### Qualitätsaussage

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

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

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

### 3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

<b>Sehvermögen der versorgten Person bei ausreichender Beleuchtung (auch unter Verwendung von Sehhilfen)</b>
--

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

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

Überwiegend in allen Qualitäten orientiert.

### Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) keine Auffälligkeiten

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

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

### 3.3 Nächtliche Versorgung

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

Nächtlicher Unterstützungsbedarf

Toilettengang unterstützen, Getränke bereitstellen.

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) keine Auffälligkeiten

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

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

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

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

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

<b>Unterstützung nach Einzug</b>	
Einzugsdatum	14.02.2023
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 type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt	<input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben)	<input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu
---	---	---

#### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

### 4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

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

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

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

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

**4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

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

**Plausibilitätskontrolle**

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

<input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt	<input type="checkbox"/> 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?

keine Auffälligkeiten festgestellt

Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben)

trifft nicht zu

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

Bewertung entfällt

## Prüfbogen A

**P8**

### Prüfung bei der versorgten Person - Allgemeine Angaben

#### A. Angaben zur Prüfung

1. Auftragsnummer	230302VS18102100-000000844
2. Datum	02.03.2023
3. Uhrzeit	14:24
4. Nummer Prüfbogen A	8

#### B. Angaben zur versorgten Person

1. Name	P8
2. Pflegekasse	AOK
3. Pflege-/Wohnbereich	OG3
4. Geburtsdatum	**.**.1935
5. Alter in Jahren	87
6. Einzugsdatum	**.**.02.2023
7. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Glaukom, Schwindel Taumel Hypertonie, Lumboischialgie, Diabetes mellitus, Diabetische Polyneuropathie, Linksherzinsuffizienz, Dranginkontinenz, Parese rechts
8. Personenbezogener Code	
9. Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
10. Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input checked="" type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5
11. Subgruppe	<input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C

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

### C. Anwesende Personen

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

## Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

### 1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

1. Beeinträchtigungen	Erläuterungen
<input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen	Die versorgte Person kann die Treppe zwischen zwei Etagen überwiegend selbstständig steigen, benötigt aber Begleitung wegen Sturzrisikos.
<input checked="" type="checkbox"/> Beweglichkeit der Extremitäten	Parese rechts
2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung	
Rollator	

#### Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

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

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>1. Gewicht</b>	
Gewicht aktuell (in kg)	62,2
Gewicht vor 3 Monaten (in kg)	
Gewicht vor 6 Monaten (in kg)	
Hinweise auf Gewichtsabnahme	keinen
Größe (in cm)	172,0
Aktueller BMI	21,0
Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme	Bei der versorgten Person sind keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme vorhanden. Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme.
<b>2. Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme</b>	
<input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde	<input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus

Flüssigkeit ml/24h + Flussrate	
Zustand der Sonde, Eintrittsstelle, Verband	
<input type="checkbox"/> Subkutane Infusion	
<input type="checkbox"/> i.v.-Infusion	
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel	

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

**1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>Kontinenz</b>	
Beeinträchtigungen der Harn- und Stuhlkontinenz	die versorgte Person benötigt Unterstützung beim Wechsel der Inkontinenzvorlagen
Nutzung von	<input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter <input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten offen <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten geschlossen <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Sonstigem

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

## 1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

<b>Körperpflege</b>	
Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im Bereich der Körperpflege	die versorgte Person benötigt Unterstützung beim Beine und Rückenwaschen der Intimtoilette und beim Duschen und Haare Waschen

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

### Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5

Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen aufführen)	Medikamentengabe 4 x täglich
Zusammenfassende Einschätzung der Selbständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen	die Medikamente werden gerichtet und bereitgestellt.

### 2.1 Medikamentöse Therapie

#### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

<b>Medikamentöse Therapie</b>	
Informationen zur medikamentösen Therapie der versorgten Person (soweit verfügbar: Medikationsplan, Hinweise auf Neben-/ Wechselwirkungen, besondere ärztliche An- bzw. Verordnungen):	Medikamentenplan
die Medikamente werden gerichtet und bereitgestellt.	

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

## 2.2 Schmerzmanagement

### Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

### Informationserfassung

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

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

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

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

## 2.3 Wundversorgung

### Qualitätsaussage

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

### Informationserfassung

Bei der versorgten Person liegen keine Wunden vor.

### Plausibilitätskontrolle

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

keine Auffälligkeiten festgestellt

Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben)

trifft nicht zu

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## 2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

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

Absaugen

Versorgung mit Beatmungsgerät

Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose

Versorgung von Drainagen

Versorgung mit einem suprapubischen Katheter

Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG)

Versorgung mit Colo-/Ileo-/Uro- oder sonstigem Stoma

Versorgung mit einer Trachealkanüle

Versorgung mit einem zentralen Venenkatheter

Besondere ärztliche Anordnungen zu den oben genannten Bedarfslagen

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

## Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

#### Qualitätsaussage

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

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

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

### 3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

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

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

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

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

##### Genutzte Hilfsmittel

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

## Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) keine Auffälligkeiten

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

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

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

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

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

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

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

##### Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen

#### Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

#### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

### 3.3 Nächtliche Versorgung

#### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

<b>Nächtlicher Unterstützungsbedarf</b>
die versorgte Person benötigt Unterstützung beim Toilettengang und Wechsel der Inkontinenzprodukte

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

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

#### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

<b>Unterstützung nach Einzug</b>	
Einzugsdatum	18.02.2023
Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf)	
Anpassung der Unterstützung während der ersten 8 Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf)	eine SIS ist erstellt Wünsche sind aufgenommen.

#### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

**4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

**Grund, Dauer und Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten in den letzten 6 Monaten**

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

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

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

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

**Verhaltensweisen und psychische Problemlagen**

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

**4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen**

**Qualitätsaussage**

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

### Informationserfassung

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

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

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

### Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## Prüfbogen A

**P9**

### Prüfung bei der versorgten Person - Allgemeine Angaben

#### A. Angaben zur Prüfung

1. Auftragsnummer	230302VS18102100-000000844
2. Datum	02.03.2023
3. Uhrzeit	13:43
4. Nummer Prüfbogen A	9

#### B. Angaben zur versorgten Person

1. Name	P9
2. Pflegekasse	AOK
3. Pflege-/Wohnbereich	2
4. Geburtsdatum	**.*.*.1937
5. Alter in Jahren	86
6. Einzugsdatum	**.*.02.2023
7. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Demenz, Hypertonie
8. Personenbezogener Code	
9. Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
10. Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input checked="" type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5
11. Subgruppe	<input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C
12. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
13. Vorhandene Unterlagen	Pflegedokumentation

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

### C. Anwesende Personen

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

## Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

### 1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

1. Beeinträchtigungen	Erläuterungen
<input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance	Geht sicher mit einem Rollator.
<input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen	Die versorgte Person ist beim Treppensteigen unselbstständig. Sie muss getragen oder mit Hilfsmittel transportiert werden.
<input type="checkbox"/> Beweglichkeit der Extremitäten	
2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung	
Rollator	

#### Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

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

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>1. Gewicht</b>	
Gewicht aktuell (in kg)	75,3
Gewicht vor 3 Monaten (in kg)	
Gewicht vor 6 Monaten (in kg)	
Hinweise auf Gewichtsabnahme	Kein Hinweis auf eine Gewichtsabnahme.
Größe (in cm)	157,0
Aktueller BMI	30,5
Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme	Mahlzeiten müssen mundgerecht zubereitet werden. Getränke einschenken. Sie muss zu den Mahlzeiten begleitet werden.  Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme.
<b>2. Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme</b>	
<input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde	<input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus
Flüssigkeit ml/24h + Flussrate	

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

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

**1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>Kontinenz</b>	
Beeinträchtigungen der Harn- und Stuhlkontinenz	Toilettengang wird angeboten, Inkontinenzprodukt wird von den Pflegekräften gewechselt, die Intimhygiene wird übernommen.
Nutzung von	<input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter <input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten offen <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten geschlossen <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Sonstigem

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

## 1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

Körperpflege	
Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im Bereich der Körperpflege	Die versorgte Person kann sich das Gesicht und den vorderen Oberkörper bei Anleitung waschen, die weitere Körperpflege wird von den Pflegekräften übernommen. Die Utensilien müssen vorbereitet werden.

### Plausibilitätskontrolle

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

keine Auffälligkeiten festgestellt

Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben)

trifft nicht zu

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) keine Auffälligkeiten

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

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

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

### Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5

Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen auflisten)	Medikamentengabe 2 x täglich
Zusammenfassende Einschätzung der Selbständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen	Die versorgte Person benötigt aufgrund kognitiver Beeinträchtigung 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.

### Informationserfassung

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

## 2.2 Schmerzmanagement

### Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

### Informationserfassung

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

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

### 2.3 Wundversorgung

#### Qualitätsaussage

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

#### Informationserfassung

Bei der versorgten Person liegen keine Wunden vor.

#### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

### 2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

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

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

Besondere ärztliche Anordnungen zu den oben genannten Bedarfslagen

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## 2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

### Qualitätsaussage

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

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

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

### 3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

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

#### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

#### Qualitätsaussage

Die versorgten Personen werden dabei unterstützt, eine ihren Bedürfnissen und Beeinträchtigungen entsprechende Tagesstruktur zu entwickeln und umzusetzen. Der versorgten Person stehen

Beschäftigungsmöglichkeiten zur Verfügung, die mit ihren Bedürfnissen in Einklang stehen. Sie wird bei der Nutzung dieser Möglichkeiten unterstützt. Versorgte Personen mit beeinträchtigten kommunikativen Fähigkeiten werden in der Kommunikation, bei der Knüpfung und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte unterstützt.

### Informationserfassung

<b>Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen <input type="checkbox"/> Ruhen und Schlafen <input checked="" type="checkbox"/> sich beschäftigen <input checked="" type="checkbox"/> In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen <input type="checkbox"/> Interaktion mit Personen im direkten Kontakt <input checked="" type="checkbox"/> Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes
<b>Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen</b>
Orientierung zum Ort und zur Zeit nicht gegeben. Situativ überwiegend nicht orientiert.

### Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

### 3.3 Nächtliche Versorgung

#### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

<b>Nächtlicher Unterstützungsbedarf</b>
Toilettengang anbieten, Inkontinenzvorlage wechseln, Nachtlicht einschalten.

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

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

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

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>Unterstützung nach Einzug</b>	
Einzugsdatum	09.02.2023
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 type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt	<input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben)	<input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu
---	---	---

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

## 4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

#### Grund, Dauer und Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten in den letzten 6 Monaten

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

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

#### Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## 4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

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

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

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

### Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## Prüfbogen C

### Gesamtergebnis der Plausibilitätskontrolle

<b>Auffälligkeiten im Erhebungsreport</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt	<input type="checkbox"/> kritischer Bereich

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

<b>Angaben zur Mobilität (1.1)</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt	<input type="checkbox"/> kritischer Bereich

<b>Angaben zu gravierenden Sturzfolgen (1.1)</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt	<input type="checkbox"/> kritischer Bereich

<b>Angaben zu Gewichtsverlust und zu den Faktoren, die das Gewicht beeinflussen (1.2)</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt	<input type="checkbox"/> kritischer Bereich

<b>Angaben zur Selbstständigkeit bei der Selbstversorgung (1.4)</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt	<input type="checkbox"/> kritischer Bereich

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

<b>Angaben zum Thema Schmerz (2.2)</b>		
<input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten	<input checked="" type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt	<input type="checkbox"/> kritischer Bereich

**Erläuterungen:**

P5:

Die Bewohnerin bekommt Schmerzmedikamente am Morgen Novaminsulfon 1 tablette morgens und abends. Sie hat keine Schmerzen.

<b>Angaben zur Dekubitusentstehung (2.3)</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt	<input type="checkbox"/> kritischer Bereich

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

<b>Angaben zur Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte (3.2)</b>		
---	--	--

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

**Angaben zu den kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (3.2)**

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

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

**Angaben zum Heimeinzug und zur Durchführung eines Integrationsgesprächs (4.1)**

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

**Angaben zu Krankenhausaufenthalten (4.2)**

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

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

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

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

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