

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

<b>Antoniusheim</b> Münchshöfen 25 94363 Oberschneiding	Medizinischer Dienst Bayern Abteilung: Pflege - externe Qualitätssicherung Ihr Kontakt: Disposition Pflege Telefon 089 159060-4000 Telefax 089 159060-9037 qs-pflege@md-bayern.de www.md-bayern.de Margaretenstr.16   93047 Regensburg
Prüfung am:	Gutachter:
20.03.2025	Gerstl, Jochen Mayr, Karoline
Gutachtendatum	Böhme, Kathrina
26.03.2025	Lubitsch, Sonja Romero Barrios, Nadine
Gutachten-Nr.:	241104-19-000010247
Auftrags-Nr.:	250320VS19000200-000010247

## Prüfmaßstab

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

## 1. Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

### D. Angaben zur Einrichtung

1.	Auftragsnummer	250320VS19000200-000010247
1a.	DAS-Kennzeichen	107054
2.	Name	Antoniusheim
3.	Straße	Münchshöfen 25
4.	PLZ/Ort	94363 Oberschneiding
5.	Institutionskennzeichen (IK)	1. 510923324
6.	Telefon	+49 942685110
7.	Fax	+49 94268511150
8.	E-Mail	info@antoniusheim-kjf.de
9.	Internet-Adresse	www.antoniusheim-kjf.de
10.	Träger/Inhaber	Katholische Jugendfürsorge der Diözese Regensburg e.V.
11.	Trägerart	<input type="checkbox"/> privat <input checked="" type="checkbox"/> freigemeinnützig <input type="checkbox"/> öffentlich <input type="checkbox"/> nicht zu ermitteln
12.	ggf. Verband	Caritas
13.	Einrichtungsart	<input checked="" type="checkbox"/> vollstationär <input type="checkbox"/> solitäre Kurzzeitpflege
14.	Datum Abschluss Versorgungsvertrag	05.02.2019
15.	Datum Inbetriebnahme der stationären Pflegeeinrichtung	01.01.1930
16.	Name der Einrichtungsleitung	Uhl, Patrick
17.	Name der verantwortlichen Pflegefachkraft	Brandl, Beate
18.	Name der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft	Kirschner, Sven
19.	ggf. vorhandene Zweigstellen	-
20.	Name der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS*	Magin, Johannes
21.	E-Mail der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS*	info@antoniusheim-kjf.de

\*Datenclearingstelle

**E. Angaben zur Prüfung**

1.	Auftraggeber/zuständiger Landesverband der Pflegekassen	<input checked="" type="checkbox"/> AOK <input type="checkbox"/> BKK <input type="checkbox"/> IKK	<input type="checkbox"/> KNAPPSCHAFT <input type="checkbox"/> LKK <input type="checkbox"/> vdek
2.	Prüfung durch	<input checked="" type="checkbox"/> Medizinischer Dienst	<input type="checkbox"/> PKV-Prüfdienst
3.	Datum	von: 20.03.2025	bis: 20.03.2025
4.	Uhrzeit 1. Tag	von: 08:25 Uhr	bis: 14:00 Uhr
5.	Gesprächspartnerin oder Gesprächspartner der stationären Pflegeeinrichtung	Brandl, Beate Laußer, Harald Pape, Corinna Kinzkofer, Bianca Kirschner, Sven Gschwind Julia Häslein, Simone	
6.	Prüferin oder Prüfer	Gerstl, Jochen Mayr, Karoline Böhme, Kathrina Lubitsch, Sonja Romero Barrios, Nadine	
7.	An der Prüfung Beteiligte	Namen	
	<input type="checkbox"/> Pflegekasse		
	<input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger		
	<input type="checkbox"/> nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde		
	<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt		
	<input type="checkbox"/> Trägerverband		
	<input type="checkbox"/> Sonstige: welche?		

**F. Prüfauftrag nach § 114 SGB XI**

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

5.	Datum der letzten Prüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI	30.04.2024
6.	Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen	Datum
	<input checked="" type="checkbox"/> nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde	05.12.2024
	<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt	
	<input type="checkbox"/> Sonstige	
	<input type="checkbox"/> keine Angaben	

**G. Art der Einrichtung und Versorgungssituation**

	Vollstationäre Pflege		Kurzzeitpflege
vorgehaltene Plätze	48		0
	vollstationäre Pflege (Langzeit):	eingestreuete Kurzzeitpflege:	
belegte Plätze	45	1	0

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

Wohn-/Pflegebereich	Bereich auf einer Ebene	Anzahl versorgte Personen	davon nach SGB XI eingestuft in Pflegegrad					
			kein Pflegegrad	1	2	3	4	5
Georg	ja	12			4	1	4	3
Katharina	ja	11			2	4	4	1
Hedwig	ja	11			0	6	3	2
Sebastian	ja	12			1	6	4	1
<b>Summe</b>		<b>46</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>17</b>	<b>15</b>	<b>7</b>

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

1.	Wachkoma	0
2.	Beatmungspflicht	0
3.	Dekubitus	2
4.	Blasenkatheter	5
5.	PEG-Sonde	3
6.	Fixierung	3
7.	Kontraktur	5
8.	vollständiger Immobilität	3

9.	Tracheostoma	2
10.	multiresistenten Erregern	0

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

Funktion/Qualifikation	Vollzeit 39,0 <small>(Std./Woche)</small>	Teilzeit		Geringfügig Beschäftigte		Gesamt- stellen in Vollzeit
	Anzahl MA	Anzahl MA	Stellen- umfang <small>(Std./Woche)</small>	Anzahl MA	Stellen- umfang <small>(Std./Woche)</small>	
<b>Pflege</b>						
verantwortliche Pflegefachkraft	1					1
stellv. verantwortliche Pflegefachkraft	1					1
Altenpfleger/in	1					6,65
		1	31,2			
		1	35,1			
		1	35,0			
		3	25,0			
		2	19,5			
				1	5,0	
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	3					6,63
		1	19,5			
		1	35,1			
		1	15,6			
		1	3,9			
		1	31,2			
		1	31,2			
				1	5,0	
Heilerziehungspfleger/in		1	31,2			0,8
Altenpflegehelfer/in	2					3,1
		2	15,6			
		1	11,7			
angelernete Kräfte	6					11

Funktion/Qualifikation	Vollzeit 39,0 (Std./Woche)	Teilzeit		Geringfügig Beschäftigte		Gesamt- stellen in Vollzeit
	Anzahl MA	Anzahl MA	Stellen- umfang (Std./Woche)	Anzahl MA	Stellen- umfang (Std./Woche)	
		1	35,1			
		1	31,2			
		2	19,5			
		2	15,6			
		1	27,3			
		2	11,7			
		1	7,8			
Auszubildende	1					1
<b>Betreuung</b>						
Sozialpädagogin/Sozialpädagoge	1					1
zusätzliche Betreuungskräfte nach § 43b SGB XI		1	19,0			2,35
		1	23,4			
		1	31,2			
		1	18,0			
<b>Hauswirtschaftliche Versorgung</b>						
hauswirtschaftliche Fachkräfte (2-3-jährige Ausbildung oder Studium)		1	11,7			1,6
		1	3,9			
		2	19,5			
		1	7,8			
Hilfskräfte und angelernte Kräfte		1	23,4			4,3
		3	19,5			
		2	7,8			
		2	11,7			
		3	15,6			

Inkludierte MitarbeiterInnen welche über Eingliederungshilfezuschlag finanziert werden:  
 2-mal 25 Wochenstunden Altenpfleger/innen  
 1-mal 15,6 Wochenstunden Heilerziehungspfleger/innen  
 1-mal 7,8 Wochenstunden angelernte Kraft

1-mal 15,6 Wochenstunden Gesundheits- und Krankenpflegerin  
Derzeitiger Schlüssel 1:8, 17 versorgte Personen haben Anspruch

## 2. Allgemeine Informationen zur Prüfung

Die Qualitätsprüfung in der stationären Pflegeeinrichtung fand in einer kooperativen und konstruktiven Atmosphäre statt. Es wurden alle Auskünfte erteilt und die für die Qualitätsprüfung erforderlichen Unterlagen wurden zur Verfügung gestellt.

Die Interessenvertretung der Pflegebedürftigen wurde über die Durchführung der Prüfung informiert.

Die Gesprächspartner/-innen wurden über den Prüfauftrag und den Ablauf der Qualitätsprüfung informiert. Auf den beratungsorientierten Prüfansatz wurde verwiesen. Des Weiteren wurden die Gesprächspartner/-innen darüber in Kenntnis gesetzt, dass nur die Unterlagen der Pflegeeinrichtung berücksichtigt werden können, die im Rahmen der Qualitätsprüfung vorgelegt werden.

Im Verlauf der Prüfung fand eine Beratung der von der Einrichtung zur Verfügung gestellten Ansprechpartner/-innen statt.

Im Rahmen des Abschlussgesprächs wurden die vorläufigen Ergebnisse der Qualitätsprüfung sowie Empfehlungen und Anregungen zu weiteren Verbesserungen der Leitungsebene der Einrichtung mitgeteilt.

Nachfolgend sind die wichtigsten Feststellungen in übersichtlicher tabellarischer Form dargestellt. Die detaillierten Ergebnisse und Feststellungen sind in der Anlage zum Prüfbericht nach § 114 SGB XI unter der jeweiligen Prüffrage beschrieben.

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

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

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

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

Anzahl der Bewohner, die keiner Subgruppe zugeordnet waren: 1

### Angaben zur Stichprobenziehung

Die Pflegebedürftigen wurden entsprechend den Vorgaben der QPR zur Gewährleistung einer Zufallsstichprobe ausgewählt.

Von der Anzahl der versorgten Personen, die nicht in der Ergebniserfassung durch die Einrichtung erfasst wurden, musste abgewichen werden, da keine versorgten Personen von der Ergebniserfassung ausgeschlossen waren. Seitdem letzten Stichtag ist lediglich eine versorgte Person in die Einrichtung eingezogen und war am Prüftag anwesend.

Die Einwilligung der Pflegebedürftigen bzw. deren Betreuer/-innen/Vorsorgebevollmächtigten zur Einbeziehung in die Qualitätsprüfung wurde gemeinsam durch die Gutachter/-innen und die Einrichtungsvertreter/-innen eingeholt. Es erfolgte eine ausführliche Information der Betroffenen über Anlass und Zweck sowie Inhalt, Umfang, Durchführung und Dauer der Maßnahme, den vorgesehenen Zweck der Verarbeitung und Nutzung der dabei erhobenen personenbezogenen Daten, die Freiwilligkeit der Teilnahme und die jederzeitige Widerrufbarkeit der Einwilligung. Es wurde darauf hingewiesen, dass im Falle der Ablehnung keine Nachteile für die Pflegebedürftige oder den Pflegebedürftigen entstehen.

Eine personenbezogene Plausibilitätskontrolle erfolgte bei 5 der in die Qualitätsprüfung einbezogenen Personen.

### Zusammenfassende Ergebnisse Plausibilitätsprüfung

Bei der Plausibilitätskontrolle des Erhebungsreports wurden keine Auffälligkeiten festgestellt.

Die Maßnahmen zur Beseitigung der vorgefundenen Qualitätsdefizite beziehungsweise zur Erfüllung der Anforderungen in den einzelnen Bereichen, welche sich aus dem aktuellen Prüfkonzept ergeben, sind dem weiteren Bericht zu entnehmen.

Die Verwendung der Begriffe versorgte Person, Versicherter, Pflegebedürftiger, Bewohner oder Klient bezieht sich im Nachfolgenden neutral auf alle Geschlechterbegriffe und ist nicht als diskriminierend zu verstehen. Vielmehr soll dadurch ein ungestörter Textfluss beim Lesen erreicht werden.

### Zufriedenheitsbefragung

Im Rahmen des Abschlussgespräches wurde die Zufriedenheitsbefragung thematisiert und auf das per E-Mail übermittelte Informationsschreiben mit Zugangsdaten zur Online-Plattform und Transaktionsnummern zum Login hingewiesen.

### 3. Gesamtbeurteilung der personenbezogenen Versorgung

**Gesamtübersicht der Stichprobe zur Qualitätsprüfung und Bewertung der Qualitätsaspekte**  
Hinweis: Mehrfachnennungen der Bewertungen sind möglich

Qualitätsbereiche und -aspekte	Anzahl der Personen insgesamt, bei denen der Qualitätsaspekt geprüft wurde	A) Keine Auffälligkeiten B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person			
<b>Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung</b>					
		A)	B)	C)	D)
Qualitätsaspekt 1.1	7	7: P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7	0	0	0
Qualitätsaspekt 1.2	4	4: P1, P2, P4, P7	0	0	0
Qualitätsaspekt 1.3	5	5: P1, P2, P4, P6, P7	0	0	0
Qualitätsaspekt 1.4	7	7: P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7	0	0	0
<b>Qualitätsbereich 2: Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen</b>					
		A)	B)	C)	D)
Qualitätsaspekt 2.1	6	5: P2, P3, P4, P6, P7	0	1: P1	0
Qualitätsaspekt 2.2	5	4: P2, P4, P6, P7	0	1: P3	0
Qualitätsaspekt 2.3	0	0	0	0	0
Qualitätsaspekt 2.4	0	0	0	0	0
Qualitätsaspekt 2.5		<b>Auffälligkeiten</b> , die für die Beratung der Pflegeeinrichtung relevant sind		<b>Defizite</b> , die für die Beratung relevant sind und für den Maßnahmenbescheid der Pflegekasse relevant sein könnten	
	0	0		0	
<b>Qualitätsbereich 3: Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte</b>					

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)
Qualitätsaspekt 3.1	3	2: P1, P4	1: P7	0	0
Qualitätsaspekt 3.2	7	7: P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7	0	0	0
Qualitätsaspekt 3.3	5	5: P1, P2, P3, P4, P7	0	0	0
<b>Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen</b>					
		A)	B)	C)	D)
Qualitätsaspekt 4.1	1	1: P7	0	0	0
Qualitätsaspekt 4.2	2	2: P2, P4	0	0	0
Qualitätsaspekt 4.3	4	4: P1, P2, P5, P6	0	0	0
Qualitätsaspekt 4.4	1	1: P1	0	0	0

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

**1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität**

**Qualitätsaussage**

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

**Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite**

entfällt

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

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

## 1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

### Qualitätsaussage

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

### Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite

entfällt

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

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

## 1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung

### Qualitätsaussage

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

### Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite

entfällt

Der Qualitätsaspekt wurde bei 5 der 7 in die Qualitätsprüfung einbezogenen Personen geprüft.

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

## 1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

### Qualitätsaussage

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

### Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite

entfällt

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

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

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

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

**2.1 Medikamentöse Therapie**

**Qualitätsaussage**

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

**Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite**  entfällt

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

<b>A) keine Auffälligkeiten</b>	
P2, P3, P4, P6, P7	
<b>B) Auffälligkeiten</b> (bitte erläutern)	
<b>C) Defizit mit Risiko negativer Folgen</b> (bitte erläutern und bewerten)	Anzahl versorgte Personen
P1: Ein Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person liegt im Bereich der medikamentösen Therapie vor.	1
<b>D) Defizit mit negativen Folgen</b> (bitte erläutern und bewerten)	Anzahl versorgte Personen

**2.2 Schmerzmanagement**

**Qualitätsaussage**

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

**Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite**  entfällt

Der Qualitätsaspekt wurde bei 5 der 7 in die Qualitätsprüfung einbezogenen Personen geprüft.

<b>A) keine Auffälligkeiten</b>	
P2, P4, P6, P7	
<b>B) Auffälligkeiten</b> (bitte erläutern)	
<b>C) Defizit mit Risiko negativer Folgen</b> (bitte erläutern und bewerten)	Anzahl versorgte Personen
P3: Ein Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person liegt im Bereich des Schmerzmanagements vor.	1
<b>D) Defizit mit negativen Folgen</b> (bitte erläutern und bewerten)	Anzahl versorgte Personen

**2.3 Wundversorgung**

**Qualitätsaussage**

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

**Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite**  entfällt

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

**Qualitätsaussage**

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

**Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite**  entfällt

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

**Qualitätsaussage**

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

**Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite**  entfällt

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

**3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung**

**Qualitätsaussage**

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

**Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite**  entfällt

Der Qualitätsaspekt wurde bei 3 der 7 in die Qualitätsprüfung einbezogenen Personen geprüft.

<b>A) keine Auffälligkeiten</b>	
P1, P4	
<b>B) Auffälligkeiten</b> (bitte erläutern)	
P7: Eine Auffälligkeit, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lässt, liegt im Bereich der Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung vor.	
<b>C) Defizit mit Risiko negativer Folgen</b> (bitte erläutern und bewerten)	Anzahl versorgte Personen
<b>D) Defizit mit negativen Folgen</b> (bitte erläutern und bewerten)	Anzahl versorgte Personen

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

**Qualitätsaussage**

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

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

**Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite**  entfällt

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

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

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

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

**Qualitätsbereich 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 1 der 7 in die Qualitätsprüfung einbezogenen Personen geprüft.

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

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

#### 4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

##### Qualitätsaussage

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

##### Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite

entfällt

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

<b>A) keine Auffälligkeiten</b>	
P2, 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 4 der 7 in die Qualitätsprüfung einbezogenen Personen geprüft.

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

#### 4.4 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

Der Qualitätsaspekt wurde bei 1 der 7 in die Qualitätsprüfung einbezogenen Personen geprüft.

<b>A) keine Auffälligkeiten</b>	
P1	

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

###### 5.2 Biografieorientierte Unterstützung

###### Qualitätsaussage

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

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

###### 5.3 Einhaltung von Hygieneanforderungen

###### Qualitätsaussage

Grundlegende Hygieneanforderungen werden eingehalten und umgesetzt.

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

###### 5.4 Hilfsmittelversorgung

###### Qualitätsaussage

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

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

###### 5.5 Schutz von Persönlichkeitsrechten und Unversehrtheit

###### Qualitätsaussage

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

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

## Qualitätsbereich 6: Einrichtungsinterne Organisation und Qualitätsmanagement

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

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft und ihrer Stellvertretung in dieser Pflegeeinrichtung (wöchentlicher Stundenumfang)	Die wöchentliche Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft und ihrer Stellvertretung beträgt 78 Stunden.
Stundenumfang, in dem die verantwortliche Pflegefachkraft und ihre Stellvertretung in der Pflege tätig sind	Die verantwortliche Pflegefachkraft ist nur in Ausnahmefällen in der direkten Pflege tätig, die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft ist bis zu 31,5 Wochenstunden in der direkten Pflege tätig.

#### Prüffragen

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

### 6.2 Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen

#### Qualitätsaussage

Die Einrichtung sorgt für geeignete Rahmenbedingungen für ein würdevolles Sterben und Abschiednehmen. Dies schließt auch den respektvollen Umgang mit Verstorbenen ein. Die Unterstützung berücksichtigt den individuellen biografischen, kulturellen und religiösen Hintergrund sowie die

individuellen Wünsche und Vorstellungen Sterbender und ihrer Angehörigen. Sie orientiert sich an dem Ziel, bestmögliche Lebensqualität in der letzten Lebensphase herzustellen.

**Prüffragen**

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

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

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

Qualitätsdefizite, die bei der letzten externen Prüfung festgestellt wurden oder danach auftraten	Es wird auf die letzten Prüfberichte verwiesen.
Interne Maßnahmen zur Identifizierung etwaiger Qualitätsdefizite	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegevisite mindestens 1-mal jährlich</li> <li>• Dienstbesprechung für die gesamte Einrichtung, 1-mal im Quartal</li> <li>• Teambesprechung 1-mal im Monat (Pflege und soziale Betreuung)</li> <li>• Gruppenleiterbesprechung alle 14 Tage</li> <li>• Fallbesprechungen</li> </ul>
Aktuelle Maßnahmen zur Behebung von Qualitätsdefiziten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schulung zum Ergebnis weit unter dem Durchschnitt im Feedbackbericht bezüglich Stürze</li> <li>• Neueinzüge nach Verfahrensanweisung</li> <li>• Einzelschulungen am PC vor Ort</li> <li>• Bericht der FQA besprochen und Wundmanagement angepasst, auch akute Wunden werden jetzt über Wundmanager dokumentiert</li> <li>• Schulungen des Pflegeprozesses</li> </ul>

**Prüffragen**

1. Werden geeignete Maßnahmen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements durchgeführt, um Qualitätsdefizite zu identifizieren?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---

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

## 5. Gesamtergebnis der Plausibilitätskontrolle

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

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

Eine Plausibilitätskontrolle auf der Ebene des Einzelfalls hat bei 5 versorgten Personen stattgefunden.

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

Ergebnisindikatoren	Anzahl der Personen insgesamt, bei denen keine Auffälligkeiten festgestellt wurden	Anzahl der Personen insgesamt, bei denen Auffälligkeiten festgestellt wurden	Kritischer Bereich (ab zwei Personen)
(4.1)			
Angaben zu Krankenhausaufenthalten (4.2)	5 - P1, P2, P3, P5, P6	0	Nein
Angaben zur Anwendung von Gurten (4.4)	5 - P1, P2, P3, P5, P6	0	Nein
Angaben zur Anwendung von Bettseitenteilen (4.4)	5 - P1, P2, P3, P5, P6	0	Nein

## 6. Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten

### Personenbezogene Empfehlungen

Qualitätsaspekt	Person	Bewertung	Feststellung Maßnahme	Fristvorschlag
<b>Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung</b>				
<b>Qualitätsbereich 2: Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen</b>				
2.1	P1	C	<p><b>Feststellung:</b> Ein Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person liegt im Bereich der medikamentösen Therapie vor.</p> <p><b>Maßnahme:</b> Die Indikation der Bedarfsmedikation muss fachgerecht und handlungsleitend sein.</p>	Umgehend und fortlaufend.

Qualitätsaspekt	Person	Bewertung	Feststellung Maßnahme	Fristvorschlag
2.2	P3	C	<b>Feststellung:</b> Ein Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person liegt im Bereich des Schmerzmanagements vor.  <b>Maßnahme:</b> Bei vorliegenden chronischen Schmerzen ist eine individuelle Maßnahmenplanung zu erstellen, in der die Schmerzsituation berücksichtigt wird.	Umgehend und fortlaufend.
<b>Qualitätsbereich 3: Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte</b>				
<b>Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen</b>				

**Einrichtungsbezogene Empfehlungen: keine**

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

**Verantwortlich für das Gutachten:**

**26.03.2025, Gerstl, Jochen**

**Anlagen zum Prüfbericht**

- Prüfbogen A
- Prüfbogen C

## Prüfbogen A

### P1

### Prüfung bei der versorgten Person - Allgemeine Angaben

#### A. Angaben zur Prüfung

1.	Auftragsnummer	250320VS19000200-000010247
2.	Datum	20.03.2025
3.	Uhrzeit	09:54
4.	Nummer Prüfbogen A	1

#### B. Angaben zur versorgten Person

1.	Name	P1
2.	Pflegekasse	Barmer GEK
3.	Pflege-/Wohnbereich	Hedwig
4.	Geburtsdatum	**.**.*.1961
5.	Alter in Jahren	63
6.	Einzugsdatum	**.**.02.2024
7.	aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	"Sonstige Alzheimer-Krankheit, armbetonte Hemiparese rechts mit Aphasie, systemischer Lupus Erythematodes, Trochanterfraktur rechts".
8.	personenbezogener Code (soweit vorhanden)	000103
9.	Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10.	Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad
11.	Subgruppe	<input checked="" type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C
12.	Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
13.	vorhandene Unterlagen	Pflege- und Betreuungsdokumentation

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

**C. Anwesende Personen**

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

Der/Die unter 2. benannte Mitarbeiter/-in der Einrichtung war sowohl bei der Inaugenscheinnahme als auch bei der Auswertung der Dokumentation durchgehend anwesend. Die Ergebnisse der Begutachtung und die Auswertung der Dokumentation wurden mit diesem/dieser thematisiert und Verbesserungsvorschläge besprochen.

Falls im Gutachten Bewertungen als "Auffälligkeit" oder "Defizit" erfolgten und hierzu abweichende fachliche Einschätzungen der Gesprächspartnerin/des Gesprächspartners vorlagen, wurden diese bei dem jeweiligen Qualitätsaspekt explizit vermerkt.

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

**1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

1. Beeinträchtigungen	Erläuterungen
<input checked="" type="checkbox"/> Positionswechsel im Bett	überwiegend selbstständig
<input checked="" type="checkbox"/> Aufstehen	unselbstständig
<input checked="" type="checkbox"/> Halten einer stabilen Sitzposition	überwiegend unselbstständig
<input checked="" type="checkbox"/> Lageveränderung im Sitzen	unselbstständig
<input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance	unselbstständig
<input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen	unselbstständig
<input checked="" type="checkbox"/> Beweglichkeit der Extremitäten	Bewegungseinschränkungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schulter</li> <li>• Ellbogen</li> <li>• Hand rechts bei spastischer Parese.</li> </ul>

<input checked="" type="checkbox"/> Kraft	kaum vorhanden
<b>2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung</b>	
Rollstuhl Antidekubitussitzkissen Sitzhose	

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

**1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>1. Gewicht</b>	
aktuelles Gewicht	64,3
Gewicht vor drei Monaten	62,3
Gewicht vor sechs Monaten	59,1
Hinweise auf eine Gewichtsabnahme	
Größe (in cm)	168,0
aktueller BMI*	22,8

Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken: <ul style="list-style-type: none"> <li>• unselbstständig</li> </ul> Essen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• überwiegend selbstständig</li> </ul> Trinken: <ul style="list-style-type: none"> <li>• überwiegend selbstständig</li> </ul> Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme.
--	---

\* Body Mass Index

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

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

<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>

### 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	<p>Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• unselbstständig</li> </ul> <p>Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• unselbstständig</li> </ul> <p>Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• unselbstständig</li> </ul>
Nutzung von	<input type="checkbox"/> suprapubischem Katheter <input type="checkbox"/> transurethralem Katheter <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten offen <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten geschlossen <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Sonstigem

#### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

### 1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

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

Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im Bereich der Körperpflege	Waschen des vorderen Oberkörpers: <ul style="list-style-type: none"> <li>• überwiegend unselbstständig</li> </ul> Körperpflege im Bereich des Kopfes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• überwiegend selbstständig</li> </ul> Waschen des Intimbereichs: <ul style="list-style-type: none"> <li>• unselbstständig</li> </ul> Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare: <ul style="list-style-type: none"> <li>• unselbstständig</li> </ul>
--	--

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

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

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

An- bzw. Verordnungen und therapiebedingte Anforderungen	
Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen aufführen)	Medikamentengabe Blutdruck messen
Zusammenfassende Einschätzung der Selbständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen	nicht selbstständig

**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 vorhanden
--	---------------------------

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

<b>A) keine Auffälligkeiten</b> <input type="checkbox"/>
<b>B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen</b>
<b>C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person</b>
Ein Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person liegt im Bereich der medikamentösen Therapie vor.
Die Situation stellt sich wie folgt dar: Ärztlich angeordnet ist "Movicol" mit der Indikation "bei Obstipation" laut vorliegendem Medikationsplan. Der/Die Mitarbeiter/in der Einrichtung teilt im Fachgespräch mit: Gegeben würde das Medikament immer ab dem 2. Tag ohne Stuhlausscheidung. Es wird davon ausgegangen, dass diese Vorgehensweise so mit dem Arzt besprochen worden sei. Eine Nachvollziehbarkeit, beispielsweise durch Dokumentation dieses Gesprächs, ist am Prüftag nicht möglich. Das Defizit mit Risiko negativer Folgen stellt sich wie folgt dar: Aufgrund der nicht ausreichend handlungsleitenden Indikation besteht das Risiko, dass das Medikament nicht durch jede Pflegekraft bei derselben Symptomausprägung verabreicht wird.
<b>D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person</b>

**2.2 Schmerzmanagement**

**Qualitätsaussage**

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

**Informationserfassung**

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

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

### 2.3 Wundversorgung

#### Qualitätsaussage

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

#### Informationserfassung

Bei der versorgten Person liegen keine Wunden vor.

#### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

### 2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

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

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

Besondere ärztliche Anordnungen zu den oben genannten Bedarfslagen

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

\*Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

#### Qualitätsaussage

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

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

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

### 3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

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

#### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

#### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

<b>Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen <input checked="" type="checkbox"/> Ruhen und Schlafen <input checked="" type="checkbox"/> sich beschäftigen <input checked="" type="checkbox"/> in die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen <input checked="" type="checkbox"/> Interaktion mit Personen im direkten Kontakt <input checked="" type="checkbox"/> Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes
<b>Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen</b>
kognitive Fähigkeiten beeinträchtigt Unterstützungsbedarf aufgrund körperlicher Beeinträchtigungen
<b>Tagesablauf und Aktivitäten im Alltag der versorgten Person (nur zu erfassen bei Personen mit beeinträchtigter Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte):</b>
Die versorgte Person ist in die Angebote der Gruppe involviert. Sie nimmt am Tagesgeschehen auf dem Wohnbereich teil. Angehörige kommen regelmäßig zu Besuch.

### Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

### 3.3 Nächtliche Versorgung

#### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

<b>Nächtlicher Unterstützungsbedarf:</b>
--

Ernährung und Flüssigkeitsversorgung  
Kontinenzverlust/Kontinenzförderung

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) keine Auffälligkeiten

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

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

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

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

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

Unterstützung nach Einzug	
Einzugsdatum	21.02.2024
Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf*)	
Anpassung der Unterstützung während der ersten acht Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf*)	
Der Einzug der versorgten Person liegt bereits länger als 12 Monate zurück.	

\*Kurzzeitpflege

#### Plausibilitätskontrolle

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

keine Auffälligkeiten festgestellt

Auffälligkeit festgestellt (bitte angeben)

trifft nicht zu

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

### 4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

#### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

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

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

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

#### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

**Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:**

**Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen:**

häufig

### 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:**

Sitzhose

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

Beschluss vorhanden

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

## Prüfbogen A

### P2

### Prüfung bei der versorgten Person - Allgemeine Angaben

#### A. Angaben zur Prüfung

1.	Auftragsnummer	250320VS19000200-000010247
2.	Datum	20.03.2025
3.	Uhrzeit	09:35
4.	Nummer Prüfbogen A	2

#### B. Angaben zur versorgten Person

1.	Name	P2
2.	Pflegekasse	AOK Straubing
3.	Pflege-/Wohnbereich	Katharina
4.	Geburtsdatum	**.*.*.1970
5.	Alter in Jahren	54
6.	Einzugsdatum	**.*.04.2023
7.	aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabetes mellitus Typ 2</li> <li>• Zustand nach Apoplex, Hemiparese links</li> <li>• Arterielle Hypertonie</li> <li>• Depressives Syndrom</li> <li>• Chronisches Schmerzsyndrom</li> <li>• Hypothyreose</li> <li>• Stauungsdermatitis des linken Beins bei bekannter chronischer venöser Insuffizienz</li> <li>• PhlebolympHödem beidseits</li> <li>• Zustand nach Larynxkarzinom beidseits</li> <li>• Adipositas per magna</li> <li>• Zustand nach Entfernung der Stimmprothese</li> <li>• Periphere arterielle Verschlusskrankheit Stadium IIb-III links</li> <li>• Nikotin- und Alkoholabusus</li> <li>• Allergie: Hausstaub und Milben</li> <li>• Refluxösophagitis.</li> </ul>
8.	personenbezogener Code (soweit vorhanden)	000085
9.	Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

10.	Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad
11.	Subgruppe	<input checked="" type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C	
12.	Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person)	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
13.	vorhandene Unterlagen	Pflege- und Betreuungsdokumentation.	
14.	Kurzzeitpflegegast	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein

**C. Anwesende Personen**

1.	Name der Gutachterin oder des Gutachters:	Romero Barrios, Nadine
2.	Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung:	M1, M2
3.	Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung der Pflegeeinrichtung:	1. Pflegefachkraft, Gruppenleitung, 2. Heilerziehungspfleger, Teamleitung soziale Betreuung
4.	sonstige Personen (z. B. gesetzliche Betreuerin oder gesetzlicher Betreuer):	

Die unter 2. benannten Mitarbeitenden der Einrichtung waren sowohl bei der Inaugenscheinnahme als auch der Auswertung der Dokumentation durchgehend anwesend. Die Ergebnisse der Begutachtung und die Auswertung der Dokumentation wurden mit diesen thematisiert und Verbesserungsvorschläge besprochen.

Falls im Gutachten Bewertungen als "Auffälligkeit" oder "Defizit" erfolgten und hierzu abweichende fachliche Einschätzungen der Gesprächspartner/-innen vorlagen, wurden diese bei dem jeweiligen Qualitätsaspekt explizit vermerkt.

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

**1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

1. Beeinträchtigungen	Erläuterungen
<input checked="" type="checkbox"/> Positionswechsel im Bett	überwiegend selbstständig
<input checked="" type="checkbox"/> Aufstehen	unselbstständig

<input checked="" type="checkbox"/> Halten einer stabilen Sitzposition	unselbstständig
<input checked="" type="checkbox"/> Lageveränderung im Sitzen	überwiegend selbstständig
<input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance	unselbstständig
<input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen	unselbstständig
<input checked="" type="checkbox"/> Beweglichkeit der Extremitäten	Es besteht eine Hemiparese links. Bewegungseinschränkungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• linke Schulter</li> <li>• linker Ellbogen</li> <li>• linke Hand</li> <li>• linke Hüfte</li> <li>• linkes Knie</li> <li>• linkes Sprunggelenk.</li> </ul>
<input checked="" type="checkbox"/> Kraft	erheblich reduziert
<b>2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rollstuhl</li> <li>• Niederflurbett.</li> </ul>	

**Plausibilitätskontrolle**

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

<input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt	<input checked="" type="checkbox"/> Auffälligkeit festgestellt (bitte angeben)	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
<p>Zum Zeitpunkt der Indikatorenerhebung durch die Einrichtung wurde die versorgte Person</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• beim Halten einer stabilen Sitzposition</li> </ul> <p>als „überwiegend selbstständig“ eingeordnet. Tatsächlich ist die versorgte Person in diesem Bereich überwiegend unselbstständig. Eine Veränderung der Situation der versorgten Person ist nicht eingetroffen.</p>		

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

## 1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

1. Gewicht	
aktuelles Gewicht	112,5
Gewicht vor drei Monaten	117,1
Gewicht vor sechs Monaten	120,1
Hinweise auf eine Gewichtsabnahme	Bei der versorgten Person besteht eine Gewichtsabnahme von 6,3 % und 7,6 Kilogramm in sechs Monaten. Diese Gewichtsreduktion erfolgte gewollt und auf eigenen Wunsch der versorgten Person.
Größe (in cm)	182,0
aktueller BMI*	34,0
Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken: <ul style="list-style-type: none"> <li>• überwiegend unselbstständig</li> </ul> Essen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• überwiegend selbstständig</li> </ul> Trinken: <ul style="list-style-type: none"> <li>• überwiegend selbstständig</li> </ul> Im Zusammenhang mit der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme werden folgende Hilfsmittel genutzt: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tellerranderhöhung.</li> <li>• Trinkbecher mit Trinktülle</li> </ul>

\* Body Mass Index

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

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

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

### 1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

<b>Kontinenz</b>	
Beeinträchtigungen der Harn- und Stuhlkontinenz	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls: <ul style="list-style-type: none"> <li>• unselbstständig</li> </ul> Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter: <ul style="list-style-type: none"> <li>• unselbstständig</li> </ul>
Nutzung von	<input type="checkbox"/> suprapubischem Katheter <input checked="" type="checkbox"/> transurethralem Katheter <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten offen <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten geschlossen <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Sonstigem

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

### 1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

Körperpflege	
Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im Bereich der Körperpflege	Waschen des vorderen Oberkörpers: <ul style="list-style-type: none"> <li>• unselbstständig</li> </ul> Körperpflege im Bereich des Kopfes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• überwiegend unselbstständig</li> </ul> Waschen des Intimbereichs: <ul style="list-style-type: none"> <li>• unselbstständig</li> </ul> Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare: <ul style="list-style-type: none"> <li>• unselbstständig</li> </ul>

#### Plausibilitätskontrolle

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

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

#### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

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

An- bzw. Verordnungen und therapiebedingte Anforderungen
--

Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen aufführen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medikamentengabe</li> <li>• Insulininjektion</li> <li>• Blutzucker messen</li> <li>• Kompressionsstrümpfe an-/ausziehen</li> <li>• Blutdruck messen</li> <li>• Gewichtsmessung</li> <li>• Katheterisierung der Harnblase.</li> </ul>
Zusammenfassende Einschätzung der Selbständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen	nicht selbstständig

## 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 vorhanden

### 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	Als Lokalisation der chronischen Schmerzen wird der Kopf angegeben.

Schmerzintensität	unter aktueller Medikation keine Schmerzen.
-------------------	---

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

**2.3 Wundversorgung**

**Qualitätsaussage**

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

**Informationserfassung**

Bei der versorgten Person liegen keine Wunden vor.
--

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

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

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

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

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

Besondere ärztliche Anordnungen zu den oben genannten Bedarfslagen

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

\*Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus

## Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## 2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

### Qualitätsaussage

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

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

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

### 3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

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

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

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

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

**Genutzte Hilfsmittel**

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

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

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

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

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

**Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen**

Unterstützungsbedarf aufgrund körperlicher 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):**

Die zu versorgte Person nimmt aktiv an Angeboten der Gruppe teil und bekommt zusätzlich Einzelbetreuung.  
Pflegeteamarbeitende übernehmen für die versorgte Person die Terminplanung.

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

Im Rahmen der letzten Erhebung der Qualitätsindikatoren wurde gemeldet, dass die

- Interaktion mit Personen im direkten Kontakt „überwiegend unselbständig“ erfolgt,
- Interaktion mit Personen im direkten Kontakt „überwiegend unselbständig“ erfolgt.

In diesen Bereichen ist die versorgte Person laut anwesender Pflegefachkraft jedoch überwiegend selbstständig.

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 checked="" type="checkbox"/> Auffälligkeit festgestellt (bitte angeben)	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Bei der letzten Erhebung der Qualitätsindikatoren wurde gemeldet, dass: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erkennen von Risiken und Gefahren nicht vorhanden sei</li> <li>• Mitteilen von elementaren Bedürfnissen in geringem Maße vorhanden sei</li> </ul> Diese Fähigkeiten sind jedoch noch vorhanden.		

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

### 3.3 Nächtliche Versorgung

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

<b>Nächtlicher Unterstützungsbedarf:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilität</li> <li>• Ernährung und Flüssigkeitsversorgung</li> <li>• Kontinenzverlust/Kontinenzförderung</li> <li>• Körperpflege.</li> </ul>

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

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

#### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

<b>Unterstützung nach Einzug</b>	
Einzugsdatum	13.04.2023
Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf*)	
Anpassung der Unterstützung während der ersten acht Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf*)	
Der Einzug der versorgten Person liegt bereits länger als 12 Monate zurück.	

\*Kurzzeitpflege

### Plausibilitätskontrolle

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

<input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt	<input checked="" type="checkbox"/> Auffälligkeit festgestellt (bitte angeben)	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Bei der letzten Erhebung der Qualitätsindikatoren wurde gemeldet, dass die versorgte Person am 28.03.2023 in die Einrichtung eingezogen ist (vollstationär). Tatsächlich ist die versorgte Person jedoch am 13.04.2023 vollstationär in die Einrichtung eingezogen.		

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

### 4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

#### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

<b>Grund, Dauer und Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten in den letzten sechs Monaten:</b>
Die versorgte Person war vom 30.01.2025 bis zum 04.02.2025 wegen Verdachts auf Apoplex im Krankenhaus.

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

- |   |
|---|
| <b>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>                               |

#### 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>
<b>Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen:</b>
Es wurde angegeben, dass die versorgte Person dem Pflegepersonal wiederholt mit Drohungen begegne, insbesondere in Situationen, in denen ihre Wünsche nicht erfüllt werden. Laut Angaben der Mitarbeitenden zeige die versorgte Person wiederholt auffälliges Verhalten in Form von Hauen mit der Faust auf den Tisch.
<b>Verbale Aggression:</b>
häufig

##### 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>

#### 4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

##### Qualitätsaussage

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

##### Informationserfassung

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

### Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## Prüfbogen A

### P3

### Prüfung bei der versorgten Person - Allgemeine Angaben

#### A. Angaben zur Prüfung

1.	Auftragsnummer	250320VS19000200-000010247
2.	Datum	20.03.2025
3.	Uhrzeit	09:42
4.	Nummer Prüfbogen A	3

#### B. Angaben zur versorgten Person

1.	Name	P3
2.	Pflegekasse	Barmer
3.	Pflege-/Wohnbereich	Wohnpflegegruppe Hedwig
4.	Geburtsdatum	**.**.1947
5.	Alter in Jahren	78
6.	Einzugsdatum	**.**.2018
7.	aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	arterielle Hypertonie Bipolare affektive Störung Chronisches Schmerzsyndrom Depressionen Psychische Störung und Verhaltensstörung durch Alkohol Myeloproliferativen Neoplasien Zustand nach Media Infarkt links Zustand nach Implantation einer Hüftgelenks Endoprothese - rechts
8.	personenbezogener Code (soweit vorhanden)	000027
9.	Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10.	Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad
11.	Subgruppe	<input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A <input checked="" type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C

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

**C. Anwesende Personen**

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

Der/Die unter 2.1. benannte Mitarbeiter/-in der Einrichtung war sowohl bei der Inaugenscheinnahme als auch bei der Auswertung der Dokumentation durchgehend anwesend. Die Ergebnisse der Begutachtung und die Auswertung der Dokumentation wurden mit diesem/dieser thematisiert und Verbesserungsvorschläge besprochen.

Falls im Gutachten Bewertungen als "Auffälligkeit" oder "Defizit" erfolgten und hierzu abweichende fachliche Einschätzungen der Gesprächspartner/-innen vorlagen, wurden diese bei dem jeweiligen Qualitätsaspekt explizit vermerkt.

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

**1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

1. Beeinträchtigungen	Erläuterungen
<input checked="" type="checkbox"/> Aufstehen	überwiegend selbstständig
<input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance	überwiegend selbstständig
<input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen	überwiegend unselbstständig

<input checked="" type="checkbox"/> Beweglichkeit der Extremitäten	Bewegungseinschränkungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schulter</li> <li>• Ellbogen</li> <li>• Hüfte</li> <li>• Knie</li> </ul>
<input checked="" type="checkbox"/> Kraft	leicht reduziert
<b>2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung</b>	
Gehstock Rollator Rollstuhl	

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

**1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>1. Gewicht</b>	
aktuelles Gewicht	70,5
Gewicht vor drei Monaten	70,1
Gewicht vor sechs Monaten	71,5
Hinweise auf eine Gewichtsabnahme	
Größe (in cm)	165,0

aktueller BMI*	25,9
Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme	Bei der versorgten Person sind keine Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit bei der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme vorhanden. Im Zusammenhang mit der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme werden folgende Hilfsmittel genutzt: Trinkbecher mit Trinktülle

\* Body Mass Index

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

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

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

**1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>Kontinenz</b>
------------------

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

Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Zusammenhang mit Kontinenzverlust.

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

### 1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

#### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

<b>Körperpflege</b>	
Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im Bereich der Körperpflege	Waschen des vorderen Oberkörpers: <ul style="list-style-type: none"> <li>• überwiegend selbstständig</li> </ul> Waschen des Intimbereichs: <ul style="list-style-type: none"> <li>• überwiegend selbstständig</li> </ul> Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare: <ul style="list-style-type: none"> <li>• überwiegend selbstständig</li> </ul>

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

### Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5

An- bzw. Verordnungen und therapiebedingte Anforderungen	
Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen auflisten)	Medikamentengabe Blutdruck messen
Zusammenfassende Einschätzung der Selbständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen	nicht selbstständig

### 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 vorhanden

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

### 2.2 Schmerzmanagement

#### Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

#### Informationserfassung

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

Lokalisation	Rücken
Schmerzintensität	unter aktueller Medikation keine Schmerzen

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

<b>A) keine Auffälligkeiten</b> <input type="checkbox"/>
<b>B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen</b>
<b>C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person</b>
Ein Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person liegt im Bereich des Schmerzmanagements vor.
Die Situation stellt sich wie folgt dar: Die körperlich eingeschränkte versorgte Person leidet unter chronischen Schmerzen im Bewegungsapparat. Sie erhält ein Morphin Präparat als Dauermedikament. Die versorgte Person kann laut der strukturierten Informationssammlung Schmerzen äußern und benennen. Die versorgte Person äußert sich wie folgt: Sie hätte immer Schmerzen, aber diese wären zum Aushalten. Der/Die Mitarbeiter/in der Einrichtung teilt im Fachgespräch mit: Es wurde keine handlungsleitende Maßnahmenplanung erstellt, dies wurde vergessen. Das Defizit mit Risiko negativer Folgen stellt sich wie folgt dar: Eine differenzierte Schmerzeinschätzung wurde zuletzt am 23.11.2024 durchgeführt. Auch eine regelmäßige Schmerzverlaufskontrolle kann am Prüftag nicht nachvollzogen werden. Eine handlungsleitende Maßnahmenplanung ist der Pflegedokumentation nicht zu entnehmen.
<b>D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person</b>

**2.3 Wundversorgung**

**Qualitätsaussage**

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

**Informationserfassung**

Bei der versorgten Person liegen keine Wunden vor.
--

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

## Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

### 2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

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

\*Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus

## Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

#### Qualitätsaussage

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

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

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

### 3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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 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>
Unterstützungsbedarf aufgrund körperlicher Beeinträchtigungen
<b>Tagesablauf und Aktivitäten im Alltag der versorgten Person (nur zu erfassen bei Personen mit beeinträchtigter Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte):</b>
Einzel- und Gruppenbetreuung

### Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

### 3.3 Nächtliche Versorgung

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

<b>Nächtlicher Unterstützungsbedarf:</b>
Ernährung und Flüssigkeitsversorgung
Kontinenzverlust/Kontinenzförderung

### 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	21.02.2018
Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf*)	
Anpassung der Unterstützung während der ersten acht Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf*)	
Der Einzug der versorgten Person liegt bereits länger als 12 Monate zurück.	

\*Kurzzeitpflege

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

### 4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

#### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

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

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

#### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

**Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:**

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

### 4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

#### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

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

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

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

### Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## Prüfbogen A

### P4

### Prüfung bei der versorgten Person - Allgemeine Angaben

#### A. Angaben zur Prüfung

1.	Auftragsnummer	250320VS19000200-000010247
2.	Datum	20.03.2025
3.	Uhrzeit	09:35
4.	Nummer Prüfbogen A	4

#### B. Angaben zur versorgten Person

1.	Name	P4
2.	Pflegekasse	Barmer
3.	Pflege-/Wohnbereich	Wohngruppe Hedwig
4.	Geburtsdatum	**.**.1940
5.	Alter in Jahren	84
6.	Einzugsdatum	**.**.09.2023
7.	aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Leichtgradige Demenz bei Alzheimer Erkrankung vom Mischtyp Generalisierte Spondylose- und Osteochondrose der Lendenwirbelsäule Coxarthrose und Gonarthrose links
8.	personenbezogener Code (soweit vorhanden)	
9.	Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
10.	Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad
11.	Subgruppe	<input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A <input checked="" type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C
12.	Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

13.	vorhandene Unterlagen	Pflege- und Betreuungsdokumentation
14.	Kurzzeitpflegegast	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein

**C. Anwesende Personen**

1.	Name der Gutachterin oder des Gutachters:	Mayr, Karoline
2.	Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung:	M1
3.	Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung der Pflegeeinrichtung:	1. Altenpfleger/-in
4.	sonstige Personen (z. B. gesetzliche Betreuerin oder gesetzlicher Betreuer):	-

Der/Die unter 2.1 benannte Mitarbeiter/-in der Einrichtung war sowohl bei der Inaugenscheinnahme als auch bei der Auswertung der Dokumentation durchgehend anwesend.

Die Ergebnisse der Begutachtung und die Auswertung der Dokumentation wurden mit diesem/dieser thematisiert und Verbesserungsvorschläge besprochen.

Falls im Gutachten Bewertungen als "Auffälligkeit" oder "Defizit" erfolgten und hierzu abweichende fachliche Einschätzungen der Gesprächspartnerin/des Gesprächspartners vorlagen, wurden diese bei dem jeweiligen Qualitätsaspekt explizit vermerkt.

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

**1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

1. Beeinträchtigungen	Erläuterungen
<input checked="" type="checkbox"/> Positionswechsel im Bett	überwiegend unselbstständig
<input checked="" type="checkbox"/> Aufstehen	überwiegend unselbstständig
<input checked="" type="checkbox"/> Lageveränderung im Sitzen	überwiegend selbstständig
<input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance	überwiegend unselbstständig
<input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen	unselbstständig

<input checked="" type="checkbox"/> Beweglichkeit der Extremitäten	Bewegungseinschränkungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schulter</li> <li>• Hand</li> <li>• Hüfte</li> <li>• Knie</li> </ul>
<input checked="" type="checkbox"/> Kraft	erheblich reduziert
<b>2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung</b>	
Rollstuhl Rollator Hebelifter	

### Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

### 1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

<b>1. Gewicht</b>	
aktuelles Gewicht	98,2
Gewicht vor drei Monaten	99,4
Gewicht vor sechs Monaten	96,4
Hinweise auf eine Gewichtsabnahme	
Größe (in cm)	170,0
aktueller BMI*	34,0

Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken: <ul style="list-style-type: none"> <li>• überwiegend selbstständig</li> </ul> Im Zusammenhang mit der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme werden folgende Hilfsmittel genutzt: Trinkbecher mit Trinktülle
--	---

\* Body Mass Index

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

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

**1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung**

**Qualitätsaussage**

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

### Informationserfassung

<b>Kontinenz</b>	
Beeinträchtigungen der Harn- und Stuhlkontinenz	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls: • überwiegend unselbstständig Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz: • überwiegend unselbstständig Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz: • überwiegend unselbstständig
Nutzung von	<input type="checkbox"/> suprapubischem Katheter <input type="checkbox"/> transurethralem Katheter <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten offen <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten geschlossen <input checked="" type="checkbox"/> Hilfsmitteln <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Sonstigem

Es wird ein Toilettenstuhl verwendet.

### 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	Waschen des vorderen Oberkörpers: • überwiegend selbstständig Körperpflege im Bereich des Kopfes: • überwiegend selbstständig Waschen des Intimbereichs: • überwiegend unselbstständig Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare: • überwiegend unselbstständig

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

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

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

An- bzw. Verordnungen und therapiebedingte Anforderungen	
Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen auflisten)	Medikamentengabe Kompressionsstrümpfe an-/ausziehen Einreibung Gewichtsmessung Sauerstoffsättigung messen Blutdruck messen
Zusammenfassende Einschätzung der Selbständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen	nicht selbstständig

**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 vorhanden

**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	Rückenschmerzen
Schmerzintensität	Unter aktueller Medikation keine Schmerzen

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

**2.3 Wundversorgung**

**Qualitätsaussage**

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

**Informationserfassung**

Bei der versorgten Person liegen keine Wunden vor.
--

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

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

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

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

\*Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

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

**Qualitätsaussage**

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

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

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

**3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung**

**Qualitätsaussage**

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

### Informationserfassung

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

### 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 type="checkbox"/> Ruhen und Schlafen <input type="checkbox"/> sich beschäftigen <input checked="" type="checkbox"/> in die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen <input type="checkbox"/> Interaktion mit Personen im direkten Kontakt <input type="checkbox"/> Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes

**Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen**

Kognitive Fähigkeiten 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?

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

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

A) keine Auffälligkeiten

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

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

**3.3 Nächtliche Versorgung**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

**Nächtlicher Unterstützungsbedarf:**

Mobilität  
Ernährung und Flüssigkeitsversorgung  
Kontinenzverlust/Kontinenzförderung

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

A) keine Auffälligkeiten

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

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

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

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

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

Unterstützung nach Einzug	
Einzugsdatum	18.09.2023
Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf*)	
Anpassung der Unterstützung während der ersten acht Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf*)	
Der Einzug der versorgten Person liegt bereits länger als 12 Monate zurück.	

\*Kurzzeitpflege

#### Plausibilitätskontrolle

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

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

#### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

### 4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

Grund, Dauer und Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten in den letzten sechs Monaten:
30.12.2024 bis zum 08.01.2025: Bronchitis bei "Influenza A-Infektion"

#### Plausibilitätskontrolle

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

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

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

**4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

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

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

## Prüfbogen A

P5

### Prüfung bei der versorgten Person - Allgemeine Angaben

#### A. Angaben zur Prüfung

1.	Auftragsnummer	250320VS19000200-000010247
2.	Datum	20.03.2025
3.	Uhrzeit	09:32
4.	Nummer Prüfbogen A	5

#### B. Angaben zur versorgten Person

1.	Name	P5
2.	Pflegekasse	AOK
3.	Pflege-/Wohnbereich	Sebastian
4.	Geburtsdatum	**.**.*.1955
5.	Alter in Jahren	69
6.	Einzugsdatum	**.*.04.2019
7.	aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	"Diabetes Mellitus Typ 2, arterielle Hypertonie, frühkindliche geistige Behinderung, Hypotheseose, Hüft TEP rechts"
8.	personenbezogener Code (soweit vorhanden)	000033
9.	Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10.	Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad
11.	Subgruppe	<input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B <input checked="" type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C
12.	Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
13.	vorhandene Unterlagen	Pflege- und Betreuungsdokumentation

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

**C. Anwesende Personen**

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

Der/Die unter 2. benannte Mitarbeiter/-in der Einrichtung war sowohl bei der Inaugenscheinnahme als auch bei der Auswertung der Dokumentation durchgehend anwesend. Die Ergebnisse der Begutachtung und die Auswertung der Dokumentation wurden mit diesem/dieser thematisiert und Verbesserungsvorschläge besprochen.

Falls im Gutachten Bewertungen als "Auffälligkeit" oder "Defizit" erfolgten und hierzu abweichende fachliche Einschätzungen der Gesprächspartnerin/des Gesprächspartners vorlagen, wurden diese bei dem jeweiligen Qualitätsaspekt explizit vermerkt.

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

**1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

1. Beeinträchtigungen	Erläuterungen
<input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance	überwiegend selbstständig
<input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen	überwiegend unselbstständig
<b>2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung</b>	
Rollator	

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

**1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>1. Gewicht</b>	
aktuelles Gewicht	88,2
Gewicht vor drei Monaten	88,2
Gewicht vor sechs Monaten	84,1
Hinweise auf eine Gewichtsabnahme	
Größe (in cm)	156,0
aktueller BMI*	36,2
Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme	Bei der versorgten Person sind keine Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit bei der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme vorhanden. Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme.

\* Body Mass Index

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

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

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

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

**1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

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

Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Zusammenhang mit Kontinenzverlust.

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

**1.4 Unterstützung bei der Körperpflege**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

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

Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im Bereich der Körperpflege	Waschen des Intimbereichs: • überwiegend selbstständig  Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare: • überwiegend selbstständig  Waschen des vorderen Oberkörpers: • überwiegend selbstständig
--	---

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

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

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

An- bzw. Verordnungen und therapiebedingte Anforderungen	
Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen auflisten)	Medikamentengabe Blutzucker messen 1x monatlich morgens
Zusammenfassende Einschätzung der Selbständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen	nicht selbstständig

**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 vorhanden
Bei der versorgten Person liegt kein Unterstützungsbedarf bei medikamentösen Therapien vor.	

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

**2.2 Schmerzmanagement**

**Qualitätsaussage**

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

**Informationserfassung**

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

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

**2.3 Wundversorgung**

**Qualitätsaussage**

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

**Informationserfassung**

Bei der versorgten Person liegen keine Wunden vor.
--

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

## Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

### 2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

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

\*Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus

## Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

#### Qualitätsaussage

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

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

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

### 3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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 checked="" type="checkbox"/> Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes
<b>Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen</b>
Kognitive Fähigkeiten beeinträchtigt
<b>Tagesablauf und Aktivitäten im Alltag der versorgten Person (nur zu erfassen bei Personen mit beeinträchtigter Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte):</b>
Die versorgte Person nimmt an den Angeboten nach eigenem Ermessen teil.

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

**3.3 Nächtliche Versorgung**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

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

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

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>Unterstützung nach Einzug</b>	
Einzugsdatum	13.04.2019
Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf*)	

Anpassung der Unterstützung während der ersten acht Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf*)	
Der Einzug der versorgten Person liegt bereits länger als 12 Monate zurück.	

\*Kurzzeitpflege

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## 4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

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

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

<b>Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:</b>
--

**Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten:**

täglich

Die versorgte Person reibt Ihre Hände am Türstock oder winkt ihren Kuschtieren beim verlassen des Zimmers. Die versorgte Person hat ein Zwangsverhalten nach einem Toilettenbesuch (Toilettenschüssel anschauen, ob das Produkt verschwunden ist).

**Verbale Aggression:**

häufig

Die versorgte Person hat verbale Aggression gegenüber Angehörigen sowie gegenüber den Pflegekräften bei pflegerischen Maßnahmen.

**Ängste:**

selten

Die versorgte Person hat Zukunftsangst im Hinblick auf Ihre Erkrankung.

**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

Auffälligkeit festgestellt (bitte angeben)

trifft nicht zu

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

## Prüfbogen A

### P6

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

##### A. Angaben zur Prüfung

1.	Auftragsnummer	250320VS19000200-000010247
2.	Datum	20.03.2025
3.	Uhrzeit	11:06
4.	Nummer Prüfbogen A	6

##### B. Angaben zur versorgten Person

1.	Name	P6
2.	Pflegekasse	Techniker Krankenkasse
3.	Pflege-/Wohnbereich	Sebastian
4.	Geburtsdatum	**.**.1938
5.	Alter in Jahren	87
6.	Einzugsdatum	**.**.2001
7.	aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	"Linksherzinsuffizienz, Hypertonie, paranoide Schizophrenie, Neurodermitis, Osteoporose, Gicht, Hiatushernie"
8.	personenbezogener Code (soweit vorhanden)	000035
9.	Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10.	Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad
11.	Subgruppe	<input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B <input checked="" type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C
12.	Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
13.	vorhandene Unterlagen	Pflege- und Betreuungsdokumentation

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

**C. Anwesende Personen**

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

Der/Die unter 2. benannte Mitarbeiter/-in der Einrichtung war sowohl bei der Inaugenscheinnahme als auch bei der Auswertung der Dokumentation durchgehend anwesend. Die Ergebnisse der Begutachtung und die Auswertung der Dokumentation wurden mit diesem/dieser thematisiert und Verbesserungsvorschläge besprochen.

Falls im Gutachten Bewertungen als "Auffälligkeit" oder "Defizit" erfolgten und hierzu abweichende fachliche Einschätzungen der Gesprächspartnerin/des Gesprächspartners vorlagen, wurden diese bei dem jeweiligen Qualitätsaspekt explizit vermerkt.

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

**1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

1. Beeinträchtigungen	Erläuterungen
<input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen	überwiegend unselbstständig
<b>2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung</b>	
Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung.	

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

**1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>1. Gewicht</b>	
aktuelles Gewicht	52,1
Gewicht vor drei Monaten	51,6
Gewicht vor sechs Monaten	53,0
Hinweise auf eine Gewichtsabnahme	Gewichtsabnahme
Größe (in cm)	164,0
aktueller BMI*	19,4
Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme	Bei der versorgten Person sind keine Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit bei der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme vorhanden. Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme.

\* Body Mass Index

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

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

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

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

### 1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

<b>Kontinenz</b>	
Beeinträchtigungen der Harn- und Stuhlkontinenz	Die versorgte Person kann den Toilettengang nicht selbständig durchführen. Sie muss tagesweise daran erinnert werden.
Nutzung von	<input type="checkbox"/> suprapubischem Katheter <input type="checkbox"/> transurethralem Katheter <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten offen <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten geschlossen <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Sonstigem

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

### 1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

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

Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im Bereich der Körperpflege	Waschen des vorderen Oberkörpers: <ul style="list-style-type: none"> <li>• überwiegend selbstständig</li> </ul> Körperpflege im Bereich des Kopfes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• überwiegend selbstständig</li> </ul> Waschen des Intimbereichs: <ul style="list-style-type: none"> <li>• überwiegend unselbstständig</li> </ul> Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare: <ul style="list-style-type: none"> <li>• überwiegend unselbstständig</li> </ul>
--	--

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

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

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

An- bzw. Verordnungen und therapiebedingte Anforderungen	
Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen aufführen)	Medikamentengabe
Zusammenfassende Einschätzung der Selbständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen	Es bestehen keine therapiebedingten Anforderungen und somit auch kein Unterstützungsbedarf in diesem Bereich.

**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 vorhanden
--	---------------------------

**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	Wirbelsäule
Schmerzintensität	Unter aktueller Medikation keine Schmerzen.

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

**2.3 Wundversorgung**

**Qualitätsaussage**

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

### Informationserfassung

Bei der versorgten Person liegen keine Wunden vor.

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## 2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

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

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

Besondere ärztliche Anordnungen zu den oben genannten Bedarfslagen

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

\*Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## 2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

### Qualitätsaussage

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

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

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

### 3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

<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 checked="" type="checkbox"/> Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes
<b>Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen</b>
Kognitive Fähigkeiten beeinträchtigt
<b>Tagesablauf und Aktivitäten im Alltag der versorgten Person (nur zu erfassen bei Personen mit beeinträchtigter Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte):</b>
Die versorgte Person nimmt an Angeboten nach eigenem Ermessen teil.

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

**3.3 Nächtliche Versorgung**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

Bewertung entfällt

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

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

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

<b>Unterstützung nach Einzug</b>	
Einzugsdatum	03.05.2001
Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf*)	
Anpassung der Unterstützung während der ersten acht Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf*)	
Der Einzug der versorgten Person liegt bereits länger als 12 Monate zurück.	

\*Kurzzeitpflege

#### Plausibilitätskontrolle

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

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

#### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

### 4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

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

#### Plausibilitätskontrolle

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

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

## Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

<b>Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:</b>
<b>Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten:</b> häufig  Die versorgte Person kratzt sich sehr oft, vor allem an den Unterschenkeln und hat einen ausgeprägten Bewegungsdrang.
<b>Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten:</b> häufig  Die versorgte Person kratzt sich sehr häufig.
<b>Wahnvorstellungen:</b> häufig  Die versorgte Person sieht fremde Männer im Zimmer. Die versorgte Person glaubt das Gegenstände / Kleidung Ihr nicht mehr gehören.
<b>Ängste:</b> häufig  Die versorgte Person hat häufig Angst, dass Sie das Zimmer abgeben muss.

## 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

### 4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

#### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

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

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

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

### Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## Prüfbogen A

### P7

### Prüfung bei der versorgten Person - Allgemeine Angaben

#### A. Angaben zur Prüfung

1.	Auftragsnummer	250320VS19000200-000010247
2.	Datum	20.03.2025
3.	Uhrzeit	11:39
4.	Nummer Prüfbogen A	7

#### B. Angaben zur versorgten Person

1.	Name	P7
2.	Pflegekasse	AOK
3.	Pflege-/Wohnbereich	Hedwig
4.	Geburtsdatum	**.**.1936
5.	Alter in Jahren	88
6.	Einzugsdatum	**.**.2025
7.	aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	"Demenz gemischter Typ, Z. n. Klappenersatz, Kompressionsfraktur LWK 2".
8.	personenbezogener Code (soweit vorhanden)	
9.	Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/ Ergebniserfassung	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
10.	Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad
11.	Subgruppe	<input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C
12.	Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
13.	vorhandene Unterlagen	Pflege- und Betreuungsdokumentation
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:	Lubitsch, Sonja
2.	Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung:	M1
3.	Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung der Pflegeeinrichtung:	1. Pflegefachkraft
4.	sonstige Personen (z. B. gesetzliche Betreuerin oder gesetzlicher Betreuer):	

Der/Die unter 2. benannte Mitarbeiter/-in der Einrichtung war sowohl bei der Inaugenscheinnahme als auch bei der Auswertung der Dokumentation durchgehend anwesend. Die Ergebnisse der Begutachtung und die Auswertung der Dokumentation wurden mit diesem/dieser thematisiert und Verbesserungsvorschläge besprochen.

Falls im Gutachten Bewertungen als "Auffälligkeit" oder "Defizit" erfolgten und hierzu abweichende fachliche Einschätzungen der Gesprächspartnerin/des Gesprächspartners vorlagen, wurden diese bei dem jeweiligen Qualitätsaspekt explizit vermerkt.

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

**1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

1. Beeinträchtigungen	Erläuterungen
<input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen	überwiegend unselbstständig
<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 type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt	<input type="checkbox"/> Auffälligkeit festgestellt (bitte angeben)	<input checked="" type="checkbox"/> trifft nicht zu
---	---	---

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

**1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>1. Gewicht</b>	
aktuelles Gewicht	66,9
Gewicht vor drei Monaten	63,0
Gewicht vor sechs Monaten	
Hinweise auf eine Gewichtsabnahme	Einzug vor weniger als 6 Monaten
Größe (in cm)	168,0
aktueller BMI*	23,7
Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme	<p>Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• überwiegend selbstständig</li> </ul> <p>Essen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• überwiegend selbstständig</li> </ul> <p>Trinken:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• überwiegend selbstständig</li> </ul> <p>Die versorgte Person nutzt keine Hilfsmittel im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme.</p>

\* Body Mass Index

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

Flüssigkeit ml/24 h + Flussrate	
Zustand der Sonde, Eintrittsstelle, Verband	
<input type="checkbox"/> subkutane Infusion	
<input type="checkbox"/> intravenöse Infusion	
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

**Plausibilitätskontrolle**

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

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

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

**1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung**

**Qualitätsaussage**

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

**Informationserfassung**

<b>Kontinenz</b>	
Beeinträchtigungen der Harn- und Stuhlkontinenz	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls: <ul style="list-style-type: none"> <li>• überwiegend selbstständig</li> </ul> Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma: <ul style="list-style-type: none"> <li>• überwiegend unselbstständig</li> </ul>
Nutzung von	<input type="checkbox"/> suprapubischem Katheter <input type="checkbox"/> transurethralem Katheter <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten offen <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten geschlossen <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Sonstigem

**Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite**

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

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

### 1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

Körperpflege	
Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im Bereich der Körperpflege	Waschen des vorderen Oberkörpers: <ul style="list-style-type: none"> <li>• überwiegend selbstständig</li> </ul> Körperpflege im Bereich des Kopfes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• überwiegend selbstständig</li> </ul> Waschen des Intimbereichs: <ul style="list-style-type: none"> <li>• überwiegend unselbstständig</li> </ul> Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare: <ul style="list-style-type: none"> <li>• überwiegend unselbstständig</li> </ul>

#### Plausibilitätskontrolle

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

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

#### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

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

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

An- bzw. Verordnungen und therapiebedingte Anforderungen	
Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen auflisten)	Medikamentengabe

Zusammenfassende Einschätzung der Selbständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen	nicht selbstständig
---	---------------------

## 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 vorhanden

### 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	Es handelt sich zu erwartende Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule
Schmerzintensität	Unter aktueller Medikation keine Schmerzen

### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

### 2.3 Wundversorgung

#### Qualitätsaussage

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

#### Informationserfassung

Bei der versorgten Person liegen keine Wunden vor.

#### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

### 2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

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

\*Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## 2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

### Qualitätsaussage

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

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

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

### 3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

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

#### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

<b>A) keine Auffälligkeiten</b> <input type="checkbox"/>
<b>B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen</b>
Eine Auffälligkeit, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lässt, liegt im Bereich der Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung vor.
Eine Erfassung der Ausprägung der vorhandenen Schwerhörigkeit muss in der Strukturierten Informationssammlung noch ergänzt werden.

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

kognitive Fähigkeiten beeinträchtigt

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

Die versorgte Person ist in die Angebote der Gruppe involviert. Sie nimmt am Tagesgeschehen auf dem Wohnbereich teil. Angehörige kommen regelmäßig zu Besuch.

#### Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

#### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) keine Auffälligkeiten

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

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

### 3.3 Nächtliche Versorgung

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

<b>Nächtlicher Unterstützungsbedarf:</b>
Ernährung und Flüssigkeitsversorgung Kontinenzverlust/Kontinenzförderung

#### 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	01.02.2025
Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf*)	16.03.2025
Anpassung der Unterstützung während der ersten acht Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf*)	Die versorgte Person hat die notwendige Unterstützung im Rahmen der Eingewöhnung durch die Einrichtung erhalten.

\*Kurzzeitpflege

#### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

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

### 4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

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

#### Plausibilitätskontrolle

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

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

#### Qualitätsaussage

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

#### Informationserfassung

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

### 4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

#### Qualitätsaussage

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

### Informationserfassung

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

### Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

### Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

Bewertung entfällt

## Prüfbogen C

### Gesamtergebnis der Plausibilitätskontrolle

<b>Auffälligkeiten im Erhebungsreport</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> Auffälligkeit festgestellt	<input type="checkbox"/> kritischer Bereich (hier: ab drei Personen)

Es waren zum Stichtag keine versorgten Personen ausgeschlossen.

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

<b>Angaben zur Mobilität (1.1)</b>		
<input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten	<input checked="" type="checkbox"/> Auffälligkeit festgestellt	<input type="checkbox"/> kritischer Bereich
<b>Erläuterungen:</b> P2: Zum Zeitpunkt der Indikatorenerhebung durch die Einrichtung wurde die versorgte Person <ul style="list-style-type: none"> <li>• beim Halten einer stabilen Sitzposition</li> </ul> als „überwiegend selbständig“ eingeordnet. Tatsächlich ist die versorgte Person in diesem Bereich überwiegend unselbständig. Eine Veränderung der Situation der versorgten Person ist nicht eingetroffen.		

<b>Angaben zu gravierenden Sturzfolgen (1.1)</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> Auffälligkeit festgestellt	<input type="checkbox"/> kritischer Bereich

<b>Angaben zu Gewichtsverlust und zu den Faktoren, die das Gewicht beeinflussen (1.2)</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> Auffälligkeit festgestellt	<input type="checkbox"/> kritischer Bereich

<b>Angaben zur Selbstständigkeit bei der Selbstversorgung (1.4)</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> Auffälligkeit festgestellt	<input type="checkbox"/> kritischer Bereich

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

<b>Angaben zum Thema Schmerz (2.2)</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> Auffälligkeit festgestellt	<input type="checkbox"/> kritischer Bereich

<b>Angaben zur Dekubitusentstehung (2.3)</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> Auffälligkeit festgestellt	<input type="checkbox"/> kritischer Bereich

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

<b>Angaben zur Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte (3.2)</b>		
---	--	--

<input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten	<input checked="" type="checkbox"/> Auffälligkeit festgestellt	<input type="checkbox"/> kritischer Bereich
<b>Erläuterungen:</b> P2: Im Rahmen der letzten Erhebung der Qualitätsindikatoren wurde gemeldet, dass die <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interaktion mit Personen im direkten Kontakt „überwiegend unselbständig“ erfolgt,</li> <li>• Interaktion mit Personen im direkten Kontakt „überwiegend unselbständig“ erfolgt.</li> </ul> In diesen Bereichen ist die versorgte Person laut anwesender Pflegefachkraft jedoch überwiegend selbstständig.		

<b>Angaben zu den kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (3.2)</b>		
<input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten	<input checked="" type="checkbox"/> Auffälligkeit festgestellt	<input type="checkbox"/> kritischer Bereich
<b>Erläuterungen:</b> P2: Bei der letzten Erhebung der Qualitätsindikatoren wurde gemeldet, dass: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erkennen von Risiken und Gefahren nicht vorhanden sei</li> <li>• Mitteilen von elementaren Bedürfnissen in geringem Maße vorhanden sei</li> </ul> Diese Fähigkeiten sind jedoch noch vorhanden.		

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

<b>Angaben zum Heimeinzug und zur Durchführung eines Integrationsgesprächs (4.1)</b>		
<input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten	<input checked="" type="checkbox"/> Auffälligkeit festgestellt	<input type="checkbox"/> kritischer Bereich
<b>Erläuterungen:</b> P2: Bei der letzten Erhebung der Qualitätsindikatoren wurde gemeldet, dass die versorgte Person am 28.03.2023 in die Einrichtung eingezogen ist (vollstationär). Tatsächlich ist die versorgte Person jedoch am 13.04.2023 vollstationär in die Einrichtung eingezogen.		

<b>Angaben zu Krankenhausaufenthalten (4.2)</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> Auffälligkeit festgestellt	<input type="checkbox"/> kritischer Bereich

<b>Angaben zur Anwendung von Gurten (4.4)</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> Auffälligkeit festgestellt	<input type="checkbox"/> kritischer Bereich

<b>Angaben zur Anwendung von Bettseitenteilen (4.4)</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> Auffälligkeit festgestellt	<input type="checkbox"/> kritischer Bereich