

**Medizinische Dienste der Krankenversicherung  
Niedersachsen und im Lande Bremen  
Geschäftsbereich Pflegeversicherung**



**Prüfbericht**

Version 2                    Änderung: Prüfbericht, Kapitel Sonstiges und Anlage BAUS, Ziffer  
11.8

Qualitätsprüfung gemäß § 114 SGB XI

Auftraggeber:                    Landesverbände der gesetzlichen Pflegekassen

Name/Adresse der Einrichtung:    Altenheim Villa Juesheide  
Juesholzstr. 38  
37412 Herzberg

Durchführung:                    Frau Noreen Wilke  
Herr Bernd Henrici

## **Prüfmaßstab**

Sozialgesetzbuch 11. Buch (SGB XI)

Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege vom 27. Mai 2011

Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie gleichwertiger Prüfergebnisse in der stationären Pflege –Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS)- in der jeweils gültigen Fassung

Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI (Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR) sowie deren Anlagen in der jeweils gültigen Fassung

Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 1 SGB XI zur vollstationären Dauerpflege

Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI

## **Hinweise**

Die seitens der Einrichtung anwesende/n Person/en wurden bei der Bearbeitung der jeweiligen Frage darauf hingewiesen, dass die Frage mit einem nein bewertet wird. Bei der Bewertung der Prüffragen wurden die Nachweisebenen gemäß den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI (Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR) in der jeweils gültigen Fassung berücksichtigt.

Im Prüfbericht und den Anlagen wurden nur die Fragen und Kriterien aus dem Erhebungsbogen aufgenommen, die zutreffen oder relevant sind und bei denen Angaben gemacht wurden.

Soweit im Text Substantive verwendet werden, für die männliche und weibliche Wortformen existieren, sind je nach inhaltlichem Zusammenhang beide Formen gemeint, auch wenn aus Gründen der vereinfachten Lesbarkeit lediglich die männliche Form Anwendung findet.

Einwilligungen zur Einbeziehung von Pflegebedürftigen in die Qualitätsprüfung wurden eingeholt und liegen gemäß § 114a SGB XI vor.

## Legende zum Erhebungsbogen

### Allgemein

- ja
- nein
- t.n.z. = trifft nicht zu
- k.A. = keine Angabe
- E = Empfehlung
  
- M = Mindestangaben
- Info = Informationsfrage
- PFK = Pflegefachkraft
- Txx = Transparenzkriterium
- B = sonstige Bewertungsfrage
- DCS = Daten Clearing Stelle

### Nur bei Bewohnerzufriedenheit

- immer
- häufig
- geleg. = gelegentlich
- nie

## 1. Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

**1.1 Auftragsnummer** M/Info  
161027TS12000000-004708017

**1.2 Daten zur Einrichtung** M/Info

Name	Altenheim Villa Juesheide
Straße	Juesholzstr. 38
PLZ/Ort	37412 Herzberg
Institutionskennzeichen (IK)	510311073
Telefon	05521/861511
Fax	05521/861555
E-Mail	a.kern@villajuesheide.de
Träger/Inhaber	Villa Juesheide gGmbH
Trägerart	freigemeinnützig
Einrichtungsart	Stationär
Datum Abschluss Versorgungsvertrag	01.01.2001
Datum Inbetriebnahme der stationären Pflegeeinrichtung	01.10.1969
Heimleitung Name	Andreas Kern
Verantwortliche PFK Name	Bärbel Meier
Stellv. verantw. PFK Name	Carla Heidemann
Zertifizierung	liegt nicht vor
Name des Ansprechpartners für die DCS	Andreas Kern
E-Mail des Ansprechpartners für die DCS	a.kern@villajuesheide.de
Rufnummer des Ansprechpartners für die DCS	05521/861511
Fax des Ansprechpartners für die DCS	05521/861555
Empfänger des Prüfberichts (Träger)	
E-Mail	a.kern@villajuesheide.de
Empfänger des Prüfberichts (Pflegeeinrichtung)	
E-Mail	a.kern@villajuesheide.de

M/Info

**1.3 Daten zur Prüfung**

Prüfung durch MDK

Prüfende(r) Gutachter

Name Gutachter	Datum	Uhrzeit
Noreen Wilke	27.10.2016	09:00 - 16:10
	28.10.2016	09:00 - 13:45

Name Gutachter	Datum	Uhrzeit
Bernd Henrici	27.10.2016	09:00 - 16:10
	28.10.2016	09:00 - 13:45

Gesprächspartner der stationären Pflegeeinrichtung  
 Andreas Kern Heimleiter  
 Bärbel Meier Verantwortliche Pflegefachkraft  
 Carla Heidemann Stellv. verantwortliche Pflegefachkraft  
 Melanie Sauer Qualitätsbeauftragte, Verantwortliche Pflegefachkraft des Pflegedienstes

An der Prüfung Beteiligte keine

M/Info

**1.4 Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI**

Art der Prüfung Regelprüfung

Nächtliche Prüfung Nein

Datum der letzten Prüfung nach §114 Abs. 1 SGB XI 09.12.2015

Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen keine Angaben

M/Info

**1.5 Art der Einrichtung und Versorgungssituation**

	Vollstationäre Pflege	Kurzzeitpflege	Teilstationäre Pflege - Tag	Teilstationäre Pflege - Nacht	ggf. Bewohner im Schwerpunkt
vorgehaltene Plätze	54				
belegte Plätze	54				
<b>davon vorgehaltene Plätze nach Organisationsform</b>					
	angegliedert				

	eingestreut	x			
	solitär				

M/Info									
1.6 Struktur der Wohn- und Pflegebereiche									
Wohn-/ Pflegebereich	Bereich auf 1 Ebene	Anzahl Bewohner	davon PEA	davon nach SGB XI eingestuft in Pflegestufe					
				keine	I	II	III	davon Härtefälle	noch nicht eingestuft
Pavillion	Ja	2	1	1	1	0	0	0	0
Villa Keller	Ja	2	1	1	1	0	0	0	0
Erdgeschoss	Ja	9	9	0	3	3	3	1	0
1. Etage	Ja	11	11	0	4	4	3	0	0
2. Etage	Ja	6	6	0	1	5	0	0	0
Hela Erdgeschoss	Ja	14	14	0	5	9	0	0	0
1. Etage	Ja	10	10	0	3	4	3	0	0
Gesamt:		54	52	2	18	25	9	1	0

M/Info		ja	nein	t.n.z.	E
<b>1.7 Nach Angabe der Pflegeeinrichtung Anzahl Bewohner mit:</b>					
a	Wachkoma	0			
b	Beatmungspflicht	0			
c	Dekubitus	0			
d	Blasenkatheter	5			
e	PEG-Sonde	2			
f	Fixierung	7			
g	Kontraktur	7			
h	vollständiger Immobilität	2			
i	Tracheostoma	0			
j	MRSA	0			

M/Info		ja	nein	t.n.z.	E
<b>1.8</b>	<b>Ist ein pflegfachlicher Schwerpunkt vereinbart</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		

M/Info		ja	nein	t.n.z.	E
<b>1.10</b>	<b>Werden Zusatzleistungen gemäß § 88 SGB XI von der stationären Pflegeeinrichtung angeboten?</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		

M/Info		ja	nein	t.n.z.	E
<b>1.11</b>	<b>Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht?</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
a	Grundpflege	<input type="checkbox"/>			
b	Behandlungspflege	<input type="checkbox"/>			
c	soziale Betreuung	<input type="checkbox"/>			
d	Speisen- und Getränkeversorgung	<input type="checkbox"/>			
e	Wäscheversorgung	<input checked="" type="checkbox"/>			

f	Hausreinigung	<input type="checkbox"/>			
e) Wäscheversorgung: Harz-Weser-Werkstätten, Osterode					

<b>2. Allgemeine Angaben</b>				
------------------------------	--	--	--	--

	ja	nein	t.n.z.	E
<b>2.2 Wird bei der Gestaltung der Wohnräume den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner nach Privatheit und Wohnlichkeit Rechnung getragen?</b>				
M/T51/B				
a Ist die Gestaltung der Bewohnerzimmer z.B. mit eigenen Möbeln, persönlichen Gegenständen und Erinnerungsstücken sowie die Entscheidung über ihre Platzierung möglich?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
M/B				
b Stehen für jeden Bewohner abschließbare Schubladen oder Fächer zur Verfügung?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
M/T52/B				
c Wirken die Bewohner an der Gestaltung der Gemeinschaftsräume mit?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

	ja	nein	t.n.z.	E
<b>2.3 Bezüglich der strukturellen Anforderungen an die Versorgung von Bewohnern mit eingeschränkter Alltagskompetenz trifft für die stationäre Pflegeeinrichtung Folgendes zu:</b>				
M/T37/B				
a Sind gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/T38/B				
b Können die Bewohner die Zimmer entsprechend ihren Lebensgewohnheiten gestalten?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/T39/B				
c Wird mit individuellen Orientierungshilfen gearbeitet?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>3. Aufbauorganisation Personal</b>				
---------------------------------------	--	--	--	--

<b>4. Ablauforganisation</b>				
------------------------------	--	--	--	--

	ja	nein	t.n.z.	E
<b>4.1 Ist die Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert?</b>				
M/B				
a Verantwortlichkeit für Planung, Durchführung und Bewertung der Pflege als Aufgabe für Pflegefachkraft geregelt	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
M/B				
b personelle Kontinuität der pflegerischen Versorgung geregelt	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

	ja	nein	t.n.z.	E
<b>4.3 Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung grundpflegerischer Tätigkeiten von ungelerten Mitarbeitern ohne pflegerische Ausbildung durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet?</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
M/B				

	ja	nein	t.n.z.	E
<b>4.5 Ist die Personaleinsatzplanung mit Blick auf den Versorgungs- und Pflegebedarf der Bewohner adäquat?</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
M/B				

<b>5. Qualitätsmanagement</b>				
-------------------------------	--	--	--	--

	ja	nein	t.n.z.	E
<b>5.1 Liegt die Zuständigkeit für das Qualitätsmanagement auf der Leitungsebene und werden die Aufgaben von dieser wahrgenommen?</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
M/B				

	ja	nein	Nicht geprüft	E
<b>5.2 Setzt die stationäre Pflegeeinrichtung die folgenden zwei per Zufallsauswahl ausgewählten Expertenstandards um?</b>				
M/B				
a Dekubitusprophylaxe	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B				
b Pflegerisches Schmerzmanagement - Akutschmerz	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B				
c Pflegerisches Schmerzmanagement – chronischer Schmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B				
d Sturzprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B				
e Kontinenzförderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B				
f Chronische Wunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



M/B				
g Ernährungsmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>5.4 Liegt in der stationären Pflegeeinrichtung eine aktuelle Liste der in der Pflege eingesetzten Mitarbeiter mit Qualifikationen und ausgewiesenen Handzeichen vor?</b>	ja	nein	t.n.z.	E
M/B				
a aktuell (umfasst alle Mitarbeiter, die seit mehr als 1 Woche beschäftigt sind)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
M/B				
b Nennung der Qualifikation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
M/B				
c Vor- und Zunamen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
M/B				
d Handzeichen übereinstimmend	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

M/T32/B	ja	nein	t.n.z.	E
<b>5.6 Werden die Mitarbeiter in der Pflege und Betreuung regelmäßig in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

M/T50/B	ja	nein	t.n.z.	E
<b>5.7 Erfolgt eine nachweisliche Bearbeitung von Beschwerden?</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

<b>6. Hygiene</b>				
-------------------	--	--	--	--

M/T53/B	ja	nein	t.n.z.	E
<b>6.1 Ist der Gesamteindruck der stationären Pflegeeinrichtung im Hinblick auf Sauberkeit, Ordnung und Geruch gut?</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

<b>6.2 Gibt es in der stationären Pflegeeinrichtung ein angemessenes Hygienemanagement?</b>	ja	nein	t.n.z.	E
M/B				
a innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Desinfektion und Umgang mit Sterilgut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
M/B				
b Reinigung und Ver- und Entsorgung kontagiöser oder kontaminierter Gegenstände	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
M/B				
c Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensanweisungen wird regelmäßig überprüft	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
M/B				
d innerbetriebliche Verfahrensanweisungen sind den Mitarbeitern bekannt	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
M/B				
e alle im Rahmen des Hygienemanagements erforderlichen Desinfektionsmittel sind vorhanden	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

M/B	ja	nein	t.n.z.	E
<b>6.4 Liegen geeignete Standards / Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen vor?</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

<b>7. Verpflegung</b>				
-----------------------	--	--	--	--

M/T57/B	ja	nein	t.n.z.	E
<b>7.1 Wird der Speiseplan in gut lesbarer Form eines Wochenplans bekannt gegeben?</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

	ja	nein	t.n.z.	E
<b>7.2 Wird in der stationären Pflegeeinrichtung ein abwechslungsreiches, vielseitiges und bedarfsgerechtes Speisenangebot vorgehalten?</b>				

M/T55/B				
a Wird bei Bedarf Diätkost angeboten?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

M/T41/B				
b Gibt es ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Demenz?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T56/B				
c Ist die Darbietung von Speisen und Getränken an den individuellen Fähigkeiten der Bewohner orientiert?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

M/T58/B				
d Orientieren die Portionsgrößen sich an den individuellen Wünschen der Bewohner?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

M/T54/B	ja	nein	t.n.z.	E
<b>7.3 Kann der Zeitpunkt des Essens im Rahmen bestimmter Zeitkorridore frei gewählt werden?</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

	ja	nein	t.n.z.	E
<b>7.4 Wird speziellen Erfordernissen der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr der Bewohner Rechnung getragen?</b>				

M/B				
a es gibt ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Schluckbeschwerden	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T59/B	ja	nein	t.n.z.	E
<b>7.5 Werden die Mahlzeiten in für die Bewohner angenehmen Räumlichkeiten und ruhiger Atmosphäre angeboten?</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

<b>8. Soziale Betreuung</b>				
-----------------------------	--	--	--	--

	ja	nein	t.n.z.	E
<b>8.1 Werden Leistungen der sozialen Betreuung angeboten?</b>				
M/T42/B				
a Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Gruppenangebote gemacht?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
M/T43/B				
b Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Angebote für Bewohner gemacht, die nicht an Gruppenangeboten teilnehmen können?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
M/T44/B				
c Gibt es Aktivitäten zur Kontaktaufnahme/ Kontaktpflege mit dem örtlichen Gemeinwesen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
M/T45/B				
d Gibt es Maßnahmen zur Förderung der Kontaktpflege zu den Angehörigen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

	ja	nein	t.n.z.	E
M/T46/B				
<b>8.3 Sind die Angebote der sozialen Betreuung auf die Bewohnergruppen und deren Bedürfnisse ausgerichtet?</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

	ja	nein	t.n.z.	E
M/Info				
<b>8.6 In welchem Stellemumfang sind in der stationären Pflegeeinrichtung Mitarbeiter für die soziale Betreuung beschäftigt (ohne Mitarbeiter nach § 87b SGB XI)?</b>				
Stellemumfang	0			
<i>Bemerkung zu 8.6</i> Die Einrichtung kann keinen Stellemumfang für Mitarbeiter in der sozialen Betreuung angeben, da seitens der Pflegeeinrichtung keine genaue Trennung zwischen den Mitarbeitern in der sozialen Betreuung und im pflegerischen Bereich gemacht werden kann.				

	ja	nein	t.n.z.	E
M/Info				
<b>8.7 Hat die stationäre Pflegeeinrichtung auf der Grundlage des § 87b SGB XI Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf vereinbart?</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Wenn ja, mit welchem Stellemumfang?	2.7			
<i>Bemerkung zu 8.7</i> Verhandelter Schlüssel: 1:20.				

	ja	nein	t.n.z.	E
<b>8.8 Sind die gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen an zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI im Hinblick auf die Beschäftigung, Qualifikation und Aufgabenwahrnehmung erfüllt?</b>				
M/B				
a Sind die Stellen der zusätzlichen Betreuungskräfte im vereinbarten Umfang besetzt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
M/B				
b Verfügen die eingesetzten zusätzlichen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Betreuungskräfte über die erforderliche Qualifikation gemäß § 4 der Betreuungskräfte-RI?				
M/B				
c Haben alle eingesetzten zusätzlichen Betreuungskräfte im vergangenen Jahr nach § 4 Abs. 4 der Betreuungskräfte-RI an mindestens einer zweitägigen Fortbildungsmaßnahme teilgenommen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B				
d Ist gewährleistet, dass zusätzliche Betreuungskräfte gemäß § 2 der Betreuungskräfte-RI nicht regelmäßig grund- und behandlungspflegerische sowie hauswirtschaftliche Maßnahmen durchführen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

	ja	nein	t.n.z.	E
<b>8.9 Wird die Eingewöhnung der Bewohner in die stationäre Pflegeeinrichtung systematisch begleitet?</b>				
M/T47/B				
a Gibt es Hilfestellungen zur Eingewöhnung in die stationäre Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
M/T48/B				
b Erfolgt eine regelhafte Überprüfung und ggf. Anpassung der Angebote zur Eingewöhnung durch die stationäre Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

M/T49/B	ja	nein	t.n.z.	E
<b>8.10 Gibt es konzeptionelle Aussagen zur Sterbebegleitung?</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

### Sonstiges

Die erforderliche Mindestzahl bzw. -quote von Pflegebedürftigen konnte nicht erreicht werden, da z. T. kein Einverständnis zur Einbeziehung in die Stichprobe erreicht wurde bzw. Versicherte nicht anwesend waren. Insgesamt konnten 7 Versicherte in die Qualitätsprüfung miteinbezogen werden. Eine Befragung zur Zufriedenheit war bei 2 Versicherten aufgrund von vorliegenden dementiellen bzw. gerontopsychiatrischen Veränderung nicht möglich.

Den Einrichtungsverantwortlichen wurde ein Einladungs- und Informationsschreiben mit der Bitte um Teilnahme an der Befragung der Pflegeeinrichtung zur Durchführung der Qualitätsprüfung nach §§ 114 ff SGB XI und zur Qualität des Prüfberichts ausgehändigt. Die Befragung erfolgt gemäß der Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff SGB XI (Qualitätssicherungs-Richtlinien Qualitätsprüfung - QS-RI QP) vom 06.05.2013.

### Kapitel 9 bis 17

- Anlage 4708017\_UQLL-4338039657741.pdf
- Anlage 4708017\_QQVD-2464243757741.pdf
- Anlage 4708017\_RVKG-3844301467741.pdf
- Anlage 4708017\_VFFR-0546535467741.pdf
- Anlage 4708017\_URFO-4566084557741.pdf
- Anlage 4708017\_YWJC-6268107557741.pdf

Anlage 4708017\_BAUS-8661319657741.pdf  
Anlage 4708017\_FWIT-2865435467741.pdf  
Anlage 4708017\_NWPR-5736588467741.pdf

## **Zusammenfassung**

Ein Abschlussgespräch wurde geführt und die positiven Bereiche und der Handlungsbedarf thematisiert. Eine Beratung erfolgte während der Qualitätsprüfung sowie zusammengefasst beim Abschlussgespräch.

Wir bedanken uns bei den Einrichtungsverantwortlichen sowie bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pflegeeinrichtung für die Unterstützung bei der Qualitätsprüfung.

## **Kapitel 2 Allgemeine Angaben**

Bei der Gestaltung der Wohnräume wird den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner nach Privatheit und Wohnlichkeit Rechnung getragen.  
Die strukturellen Anforderungen für Bewohner mit eingeschränkter Alltagskompetenz werden erfüllt.

## **Kapitel 4 Ablauforganisation**

Eine verbindliche Regelung für die Umsetzung von Bezugspflege liegt in der Pflegeeinrichtung vor.  
Die fachliche Anleitung und Überprüfung grundpflegerischer Tätigkeiten von ungelerten Mitarbeitern ohne pflegerische Ausbildung durch Pflegefachkräfte ist gewährleistet.  
Die Personaleinsatzplanung orientiert sich am Versorgungs- und Pflegebedarf der Bewohner.

## **Kapitel 5 Qualitätsmanagement**

Die Zuständigkeit für das Qualitätsmanagement liegt bei der Leitungsebene und die Aufgaben werden von dieser wahrgenommen.  
Die stationäre Pflegeeinrichtung setzt die zwei per Zufallsauswahl ausgewählten Expertenstandards um.  
Die Handzeichenliste ist aktuell.  
Mitarbeiter in der Pflege und Betreuung werden regelmäßig in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult.  
Es erfolgt eine nachweisliche Bearbeitung von Beschwerden.

## **Kapitel 6 Hygiene**

Der Gesamteindruck hinsichtlich Sauberkeit, Ordnung und Geruch war gut.  
Ein angemessenes Hygienemanagement kommt zur Anwendung.  
Geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen liegen vor.

## **Kapitel 7 Verpflegung**

In der Pflegeeinrichtung wird ein Speiseplan in gut lesbarer Form eines Wochenplans

bekannt gegeben.

Es wird ein abwechslungsreiches, vielseitiges und bedarfsgerechtes Speisenangebot vorgehalten.

Es ist gewährleistet, dass der Zeitpunkt des Essens im Rahmen bestimmter Zeitkorridore frei gewählt werden kann.

Den speziellen Anforderungen der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr der Bewohner wird Rechnung getragen.

Den Bewohnern werden Speisen und Getränke in angenehmen Räumlichkeiten und ruhiger Atmosphäre angeboten.

## Kapitel 8 Soziale Betreuung

In der Pflegeeinrichtung werden Leistungen der sozialen Betreuung angeboten.

Die Angebote der sozialen Betreuung sind auf die Bewohnergruppen und deren Bedürfnisse ausgerichtet.

Die gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen an zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI werden erfüllt.

Die Eingewöhnung der Bewohner in die Pflegeeinrichtung wird systematisch begleitet. Konzeptionelle Aussagen zur Sterbebegleitung liegen vor.

<b>Kapitel 10 Behandlungspflege</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>t.n.z</b>
<b>10.1</b>	<b>Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar? [M/T22/B]</b>	8	-	1
<b>10.2</b>	<b>Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen? [M/T23/B]</b>	9	-	-
<b>10.3</b>	<b>Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen? [M/T24/B]</b>	9	-	-
<b>10.4</b>	<b>Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung? [M/T25/B]</b>	7	-	2
<b>10.5</b>	<b>Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht? [M/T26/B]</b>	9	-	-
<b>10.7</b>	<b>Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung? [M/T13/B]</b>	5	1	3
<b>10.8</b>	<b>Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt? [M/T14/B]</b>	4	-	5
<b>10.9</b>	<b>Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente? [M/T15/B]</b>	4	-	5
<b>10.10</b>	<b>Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt? [M/T27/B]</b>	1	-	8
<b>10.11</b>	<b>Ist der Umgang mit Tracheostoma/Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht? [M/B]</b>	-	-	9
<b>10.14</b>	<b>Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus dokumentiert? [M/T3/B]</b>	1	-	8
<b>10.15</b>	<b>Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens? [M/T5/B]</b>	1	-	8
<b>10.16</b>	<b>Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus? [M/T4/B]</b>	1	-	8
<b>10.17</b>	<b>Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z.B. Wunddokumentation) ausgewertet, ggf. der Arzt informiert und die Maßnahmen angepasst? [M/T6/B]</b>	1	-	8

<b>Kapitel 10 Behandlungspflege</b>	
<b>10.6</b>	<b>Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen? [M/Info]</b>

<b>Kapitel 11 Mobilität</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>t.n.z</b>
<b>11.2</b>	<b>Bewegungsfähigkeit eingeschränkt [M/Info]</b>	9	-	-
<b>11.3</b>	<b>Liegt ein Sturzrisiko vor? [M/Info]</b>	6	3	-
<b>11.4</b>	<b>Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst? [M/T18/B]</b>	9	-	-
<b>11.5</b>	<b>Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt? [M/T19/B]</b>	6	-	3
<b>11.6</b>	<b>Liegt ein Dekubitusrisiko vor? [M/Info]</b>	5	4	-
<b>11.7</b>	<b>Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst? [M/T1/B]</b>	9	-	-
<b>11.8</b>	<b>Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt? [M/T2/B]</b>	4	1	4

<b>Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>t.n.z</b>
<b>12.3</b>	<b>Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung? [M/Info]</b>	7	2	-
<b>12.4</b>	<b>Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung? [M/Info]</b>	7	2	-
<b>12.5</b>	<b>Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst? [M/T7/B]</b>	9	-	-
<b>12.6</b>	<b>Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst? [M/T10/B]</b>	9	-	-
<b>12.7</b>	<b>Werden bei Einschränkungen der selbstständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt? [M/T8/B]</b>	7	-	2
<b>12.8</b>	<b>Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbstständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt? [M/T11/B]</b>	7	-	2
<b>12.9</b>	<b>Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? [M/T9/B]</b>	9	-	-
<b>12.10</b>	<b>Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? [M/T12/B]</b>	9	-	-
<b>12.11</b>	<b>Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt? [M/T28/B]</b>	-	-	9

<b>Kapitel 13 Harninkontinenz</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>t.n.z</b>
<b>13.2</b>	<b>Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz? [M/Info]</b>	6	3	-
<b>13.3</b>	<b>Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkatheter individuelle Risiken und Ressourcen erfasst? [M/T16/B]</b>	5	-	4
<b>13.4</b>	<b>Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt? [M/T17/B]</b>	5	-	4

<b>Kapitel 14 Umgang mit Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>t.n.z</b>
<b>14.2</b>	<b>Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?</b>	4	-	5

	<b>[M/T33/B]</b>			
14.3	<b>Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und sozialen Betreuung einbezogen? [M/T34/B]</b>	5	-	4
14.4	<b>Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und sozialen Betreuung berücksichtigt? [M/T35/B]</b>	5	-	4
14.5	<b>Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/Beschäftigungsangebote gemacht? [M/T40/B]</b>	5	-	4
14.6	<b>Wird das Wohlbefinden von Bewohner mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet? [M/T36/B]</b>	4	-	5

<b>Kapitel 15 Körperpflege</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>t.n.z</b>
15.2	<b>Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? [M/T29/B]</b>	9	-	-
15.4	<b>Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? [M/T30/B]</b>	6	-	3

<b>Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>t.n.z</b>
16.1	<b>Wird beim Pflegeprozess die individuelle soziale Betreuung berücksichtigt? [M/B]</b>	9	-	-
16.2	<b>Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor? [M/T21/B]</b>	-	-	9
16.3	<b>Wird die Notwendigkeit der freiheitseinschränkenden Maßnahmen regelmäßig überprüft? [M/T20/B]</b>	-	-	9
16.4	<b>Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt? [M/T31/B]</b>	9	-	-
16.5	<b>Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden? [M/B]</b>	9	-	-
16.6	<b>Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden? [M/B]</b>	2	-	7

<b>Kapitel 18 Befragung der Bewohner</b>		<b>immer</b>	<b>häufig</b>	<b>geleg.</b>	<b>nie</b>	<b>t.n.z</b>	<b>k.A.</b>
18.3	<b>Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich? [M/T67/B]</b>	7	-	-	-	-	-
18.4	<b>Nehmen sich die Mitarbeiter ausreichend Zeit für Sie? [M/T68/B]</b>	7	-	-	-	-	-
18.5	<b>Wird mit Ihnen der Zeitpunkt von Pflege- und Betreuungsmaßnahmen abgestimmt? [M/T60/B]</b>	3	-	-	-	-	4
18.6	<b>Entscheiden Sie, ob Ihre Zimmertür offen oder geschlossen gehalten wird? [M/T61/B]</b>	5	-	-	-	-	2
18.7	<b>Werden Sie von den Mitarbeitern motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen? [M/T62/B]</b>	3	-	-	-	1	3
18.8	<b>Sorgen die Mitarbeiter dafür, dass Ihnen</b>	2	-	-	-	3	2



	beim Waschen außer der Pflegekraft niemand zusehen kann? [M/T63/B]						
18.9	Fragen die Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten? [M/T69/B]	1	-	-	-	4	2
18.10	Schmeckt Ihnen das Essen? [M/T70/B]	5	2	-	-	-	-
18.11	Können Sie beim Mittagessen zwischen verschiedenen Gerichten auswählen? [M/T66/B]	6	-	-	1	-	-
18.12	Sind Sie mit den Essenszeiten zufrieden? [M/T71/B]	6	-	-	-	-	1
18.13	Bekommen Sie jederzeit ausreichend zuzahlungsfrei zu trinken angeboten? [M/T72/B]	7	-	-	-	-	-
18.14	Entsprechen die sozialen und kulturellen Angebote Ihren Interessen? [M/T73/B]	4	1	-	-	1	1
18.15	Wird Ihnen die Teilnahme an für Sie interessanten Beschäftigungsangeboten ermöglicht? [M/T74/B]	5	-	-	-	-	2
18.16	Wird Ihnen die erforderliche Unterstützung gegeben, um sich im Freien aufhalten zu können? [M/T75/B]	3	-	1	-	3	-
18.17	Können Sie jederzeit Besuch empfangen, wann Sie wollen? [M/T76/B]	6	-	-	-	1	-
18.18	Entspricht die Hausreinigung Ihren Erwartungen? [M/T65/B]	6	-	-	-	-	1
18.19	Erhalten Sie die zum Waschen abgegebene Wäsche zeitnah, vollständig und in einwandfreiem Zustand aus der Wäscherei zurück? [M/T77/B]	3	-	-	-	2	2
18.20	Hat sich für Sie etwas zum Positiven geändert, wenn Sie sich beschwert haben? [M/T64/B]	1	-	-	-	6	-

10. Behandlungspflege				
Prüffrage			Frage traf für X von Y in die Prüfung einbezogene Personen zu	Kriterium nicht erfüllt bei Nummern der Pflegebedürftigen
Katalog - Index	Wertigkeit	Wortlaut		
10.1	M/T22/B	Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?	8/9	
10.2	M/T23/B	Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?	9/9	
10.3	M/T24/B	Entspricht die Medikamentenversorgung den	9/9	

		<b>ärztlichen Anordnungen?</b>		
10.4	M/T25/B	Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung?	7/9	
10.5	M/T26/B	Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?	9/9	
10.7	M/T13/B	Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?	6/9	NWPR-5736
10.8	M/T14/B	Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?	4/9	
10.9	M/T15/B	Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente?	4/9	
10.10	M/T27/B	Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?	1/9	
10.14	M/T3/B	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus dokumentiert?	1/9	
10.15	M/T5/B	Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?	1/9	
10.16	M/T4/B	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus?	1/9	
10.17	M/T6/B	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z.B. Wunddokumentation) ausgewertet, ggf. der Arzt informiert und die Maßnahmen angepasst?	1/9	

<b>11. Mobilität</b>				
		<b>Prüffrage</b>	<b>Frage traf für X von Y in die Prüfung einbezogene Personen zu</b>	<b>Kriterium nicht erfüllt bei</b>
<b>Katalog - Index</b>	<b>Wertigkeit</b>	<b>Wortlaut</b>		<b>Nummern der Pflegebedürftigen</b>
11.4	M/T18/B	Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?	9/9	
11.5	M/T19/B	Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen	6/9	

		<b>gegen Stürze durchgeführt?</b>		
<b>11.7</b>	<b>M/T1/B</b>	<b>Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?</b>	9/9	
<b>11.8</b>	<b>M/T2/B</b>	<b>Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?</b>	5/9	VFFR-0546

<b>12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung</b>				
<b>Prüfrage</b>			<b>Frage traf für X von Y in die Prüfung einbezogene Personen zu</b>	<b>Kriterium nicht erfüllt bei</b>
<b>Katalog - Index</b>	<b>Wertigkeit</b>	<b>Wortlaut</b>		<b>Nummern der Pflegebedürftigen</b>
<b>12.5</b>	<b>M/T7/B</b>	<b>Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?</b>	9/9	
<b>12.6</b>	<b>M/T10/B</b>	<b>Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?</b>	9/9	
<b>12.7</b>	<b>M/T8/B</b>	<b>Werden bei Einschränkungen der selbstständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt?</b>	7/9	
<b>12.8</b>	<b>M/T11/B</b>	<b>Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbstständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?</b>	7/9	
<b>12.9</b>	<b>M/T9/B</b>	<b>Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?</b>	9/9	
<b>12.10</b>	<b>M/T12/B</b>	<b>Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?</b>	9/9	
<b>12.11</b>	<b>M/T28/B</b>	<b>Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt?</b>	0/9	

<b>13. Harninkontinenz</b>				
<b>Prüfrage</b>			<b>Frage traf für X von Y in die Prüfung einbezogene Personen zu</b>	<b>Kriterium nicht erfüllt bei</b>
<b>Katalog - Index</b>	<b>Wertigkeit</b>	<b>Wortlaut</b>		<b>Nummern der Pflegebedürftigen</b>
<b>13.3</b>	<b>M/T16/B</b>	<b>Werden bei Bewohnern mit</b>	5/9	

		<b>Harninkontinenz bzw. mit Blasenkatheter individuelle Risiken und Ressourcen erfasst?</b>		
<b>13.4</b>	<b>M/T17/B</b>	<b>Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?</b>	5/9	

<b>14. Umgang mit Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz</b>				
<b>Prüfrage</b>			<b>Frage traf für X von Y in die Prüfung einbezogene Personen zu</b>	<b>Kriterium nicht erfüllt bei</b>
<b>Katalog - Index</b>	<b>Wertigkeit</b>	<b>Wortlaut</b>		<b>Nummern der Pflegebedürftigen</b>
<b>14.2</b>	<b>M/T33/B</b>	<b>Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?</b>	4/9	
<b>14.3</b>	<b>M/T34/B</b>	<b>Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und sozialen Betreuung einbezogen?</b>	5/9	
<b>14.4</b>	<b>M/T35/B</b>	<b>Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und sozialen Betreuung berücksichtigt?</b>	5/9	
<b>14.5</b>	<b>M/T40/B</b>	<b>Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/Beschäftigungsangebote gemacht?</b>	5/9	
<b>14.6</b>	<b>M/T36/B</b>	<b>Wird das Wohlbefinden von Bewohner mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?</b>	4/9	

<b>15. Körperpflege</b>				
<b>Prüfrage</b>			<b>Frage traf für X von Y in die Prüfung einbezogene Personen zu</b>	<b>Kriterium nicht erfüllt bei</b>
<b>Katalog - Index</b>	<b>Wertigkeit</b>	<b>Wortlaut</b>		<b>Nummern der Pflegebedürftigen</b>
<b>15.2</b>	<b>M/T29/B</b>	<b>Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?</b>	9/9	
<b>15.4</b>	<b>M/T30/B</b>	<b>Ist die Mund- und Zahnpflege</b>	6/9	

		<b>angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?</b>		
--	--	---	--	--

<b>16. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität</b>				
<b>Prüffrage</b>			<b>Frage traf für X von Y in die Prüfung einbezogene Personen zu</b>	<b>Kriterium nicht erfüllt bei</b>
<b>Katalog - Index</b>	<b>Wertigkeit</b>	<b>Wortlaut</b>		<b>Nummern der Pflegebedürftigen</b>
<b>16.2</b>	<b>M/T21/B</b>	<b>Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?</b>	0/9	
<b>16.3</b>	<b>M/T20/B</b>	<b>Wird die Notwendigkeit der freiheitseinschränkenden Maßnahmen regelmäßig überprüft?</b>	0/9	
<b>16.4</b>	<b>M/T31/B</b>	<b>Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt?</b>	9/9	

### **Empfohlene Maßnahmen**

#### **Handlungsbedarf**

- 10.7) Eine systematische Schmerzeinschätzung muss erfolgen.
- 11.8) Erforderliche Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe müssen durchgeführt werden.

**Abschlussdatum des Prüfberichtes: 18.01.2017**

Noreen Wilke

Bernd Henrici