

Scheve Management
Referat Produkte

Pflegedienst Bethel Bad Oeynhausen:
Interne Revision in Medizin und Pflege
vom 08.02. - 09.02.2011

mit Prüfung einzelner Elemente aus dem
Diakonie-Siegel Pflege sowie internen diakonischen Prüfkriterien

Bericht im Auftrag des Gesellschafters

Auditoren:
Andreas Dietel



NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Inhalt

1	Einleitung	1
1.1	Methodik der Internen Revision in Medizin und Pflege des Diakoniewerkes Bethel	1
1.1.1	<i>Die Interne Revision in Medizin und Pflege als Instrument der Qualitätssicherung und -entwicklung</i>	1
1.1.2	<i>Der nächste Schritt: die Überprüfung der Qualitätsmanagementsysteme durch externe Gutachter und die Zertifizierung der Einrichtungen</i>	2
1.1.3	<i>Ausblick</i>	2
1.2	Kriterienauswahl	3
2	Allgemeine Angaben zur Einrichtung	5
3	Prüfkatalog Diakonie-Siegel Pflege, Version 2	8
3.1	Maßnahmenplan	8
3.2	Führungsprozesse	8
3.2.1	<i>Führung, Politik und Strategie</i>	8
3.2.2	<i>Personal</i>	10
3.2.3	<i>Qualitätsmanagement</i>	12
3.2.4	<i>Sicherheit</i>	13
3.3	Kernprozesse	15
3.3.1	<i>Pflege</i>	15
3.3.2	<i>Hauswirtschaft</i>	18
3.3.3	<i>Beratung und Betreuung</i>	19
4	Begutachtungen	20
4.1	Begutachtungen von Stationen	20
4.1.1	<i>Pflegedienst: Büroraum Bad Oeynhausen</i>	20
4.2	Begutachtungen von Patienten	23
4.2.1	<i>Patient 1</i>	23
4.2.2	<i>Patient 2</i>	24
4.2.3	<i>Patient 3</i>	25
4.2.4	<i>Patient 4</i>	26

4.2.5	<i>Patient 5</i>	27
4.3	Überprüfung der Dokumentation.....	28
5	Zusammenfassung	30
	Anhang	33

Abkürzungsverzeichnis

A	PDCA - Act-Schritt (Anpassung der Maßnahmen bei Zielabweichungen)
A	Abweichung – das Qualitätsmanagementsystem entspricht an dieser Stelle nicht den Anforderungen. Abweichung muss zeitnahe bzw. nach Absprache zur nächsten Revision behoben werden.
ACH	Abdominal-Chirurgie
ÄD	Ärztlicher Direktor
ADM	Antidekubitusmatratze
AG	Arbeitsgruppe
AQUA-Institut	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen
ASA	Arbeitssicherheitsausschuss
Assessment	Hier verstanden im Sinne einer systematischen Einschätzung einer Sachlage: Datenerhebung – Messen, Wiegen, Schätzen, Begutachten – nach Leitfaden mit anschließender Analyse der Daten (sowie Festlegung der sich aus der Bewertung ableitenden Maßnahmen)
ATS	Anti-Thrombose-Strümpfe
AVK	Arterielle Verschlusskrankheit
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
BMI	Body-Mass-Index – errechnet sich aus dem Körpergewicht und der Größe. Mit Hilfe des BMI werden Aussagen zum Ernährungszustand getroffen.
BQS	Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung
BS	Behandlungsschema
BTM	Betäubungsmittel
BW	Bewohner
BZ	Blutzuckerspiegel
C	PDCA - Check-Schritt (Überprüfung der Zielerreichung)
CIRS	„Critical Incidence Reporting System“ – ein anonymes Meldesystem über Beinahe-Unfälle
D	PDCA - Do-Schritt (Durchführung)
DA	Dienstanweisung
div.	Diverses
DK	Dauerkatheter
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DS-Pflege od. DSP	Diakonie-Siegel Pflege
DSWE	Diakoniestation Bethel Welzheim
DwB	Diakoniewerk Bethel
E	Empfehlung – ‚sollte‘ zur nächsten Revision umgesetzt werden bzw. begründet durch andere Maßnahmen ersetzt werden. Ohne begründete Nichtumsetzung bzw. wenn die begründete Nichtumsetzung nicht nachvollziehbar ist, wird aus der Empfehlung zur nächsten Revision ein ‚Hinweis‘ (= muss umgesetzt werden)
F	Feststellung – Sachstand nach Bewertung des Qualitätsmanagementhandbuchs und seiner Anforderungen; als Überschrift der Anforderungen im Diakonie-Siegel Pflege (z.B. F 2.2.1) steht F für ‚Führungsprozess‘

FB	Fortbildung
FeM	Freiheitsentziehende Maßnahmen
GF	Geschäftsführer
gGmbH	Gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GHWL	Gebäude- und Hauswirtschaftsleitung
H	Hinweis – ‚muss‘ zur nächsten Revision umgesetzt sein bzw. nach Absprache auch eher
HA	Heimaufsicht des Landes
HG	Hauptgeschäftsführer
HZ	Handzeichen (-liste)
IKM	Inkontinenzmaterial
i.m-Injektion	Intramuskulär (in den Muskel) - Injektion
iO	In Ordnung
k.B.	Keine Bewertung
KHBE	Krankenhaus Bethel gGmbH
KIS	Krankenhausinformationssystem (wie z.B. MCC der Fa. Meierhofer, das im Diakoniewerk Bethel im Einsatz ist)
KISS	
KL	Krankenhausleitung
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
KVP	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess
LA	Lebensaktivitäten (aus: Pflegemodell nach Roper)
Ltg.	Leitung (Gruppenleitung, Abteilungsleitung etc.)
MA SD	Mitarbeiter Sozialdienst
MCC	Elektronisches Krankenhausinformationssystem der Fa. Meierhofer
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
Med. GF	Medizinischer Geschäftsführer
MRSA	„Methicillin-resistent Staphylococcus aureus“
N	Nachweis
NES	Nationale Expertenstandards des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)
NT	Neues Testament
ORIS	
P	PDCA - Plan-Schritt
Pat.	Patient
PDCA-Zyklus	‚Plan-Do-Check-Act‘-Zyklus, steht für die Planungsschritte (Plan), Durchführungsschritte (Do), Überprüfungsschritte (Check) und Anpassungsschritte (Act) innerhalb eines Gesamtprozesses
PDFR	Diakoniestation Bethel Friedrichshain
PDL	Pflegedienstleitung
PDLI	Pflegedienst Bethel Lichterfelde
PDOE	Pflegedienst Bethel Bad Oeynhausen
PEG	Perkutane endoskopische Gestrostomie

QB	Qualitätsmanagementbeauftragte
QM	Qualitätsmanagement
QMH	Qualitätsmanagementhandbuch
RAI	Resident Assessment Instrument – Bewertungsinstrument mit 24 Qualitätsindikatoren, das einmal im Quartal für jeden Bewohner ausgefüllt und von einer das Berliner Modellprojekt begleitenden Firma (Arbuma) ausgewertet wird. Die Auswertungen werden allen teilnehmenden Einrichtungen zugeschickt, sodass diese ihren Leistungsstand mit dem der anderen vergleichen können.
RKI	Robert-Koch-Institut (für Hygiene)
Regio	Der Begriff ‚Regio‘ wird ausschließlich in der Diakoniestation Bethel Welzheim sowohl synonym mit dem Begriff ‚Einsatzstellen‘ als auch mit der Bezeichnung ‚Einsatzstellenleitung‘ verwendet. Da die Diakoniestation neben der Versorgung der Ortschaften auch die der ‚Fläche‘ sicherstellt, ermöglichen die insgesamt 5 Einsatzstellen der Diakoniestation, dass die Anfahrtszeiten nicht übermäßig lang werden.
RKTR	Reha-Klinik Bethel Trossingen
RKWE	Reha-Klinik Bethel Welzheim
RR	Unblutige Methode der Blutdruckmessung nach Riva Roci
SD	Sozialdienst
SGB	Sozialgesetzbuch (regelt im SGB XI beispielsweise den Bereich der Pflegeversicherung)
SMG	Scheve Management GmbH
ST	Standards
Stv.	Stellvertretung
SZFR	Seniorenzentrum Bethel Friedrichshain
SZKÖ	Seniorenzentrum Bethel Köpenick
SZLI	Seniorenzentrum Bethel Lichterfelde
SZMÜ	Seniorenzentrum Bethel München
SZOE	Seniorenzentrum Bethel Bad Oeynhausen
SZTR	Seniorenzentrum Bethel Trossingen
SZWE	Seniorenzentrum Bethel Welzheim
SZWI	Seniorenzentrum Bethel Wiehl
t.n.z.	Trifft nicht zu
TD	Technischer Dienst
TEP	Totalendoprothese
UCH	Unfallchirurgie
VA	Verfahrensanweisung
WB	Weiterbildung

1 Einleitung

1.1 *Methodik der Internen Revision in Medizin und Pflege des Diakoniewerkes Bethel*

1.1.1 Die Interne Revision in Medizin und Pflege als Instrument der Qualitätssicherung und -entwicklung

Seit 2003 werden alle Unternehmensbeteiligungen des Diakoniewerkes Bethel (im Folgenden: DwB) durch den Gesellschafter einmal jährlich überprüft. Ziel der Internen Revision in Medizin und Pflege (im Folgenden: Revision) war und ist es, die Einrichtungen bei der Qualitätssicherung und –entwicklung zu unterstützen, eine Rückmeldung über den jeweiligen Entwicklungsstand zu geben und in allen 15 Einrichtungen ein hohes Qualitätsniveau zu sichern.

Anlassbezogen nehmen die Revisionen 2 – 3 Tage in Anspruch. Sie werden durch zwei Auditoren des Gesellschafters durchgeführt. Die Revisionen beinhalten die Begehung der Einrichtung, die Visitation von Bewohnern und Patienten¹, die Begutachtung der Bewohner-/Patientenakte² sowie des Qualitätsmanagementhandbuchs und seiner Regelungen. Die Ergebnisse werden abschließend von den Auditoren vorgestellt und anschließend in Form des vorliegenden Berichtes an die Führungskräfte der Einrichtungen versandt.

Auffälligkeiten, soweit nicht durch Sofortmaßnahmen noch während der Revision behoben, münden in einen Maßnahmenplan, der im Rahmen festgelegter Zeiträume von den Verantwortlichen bearbeitet wird. Gegebenenfalls werden die gewählten Lösungen im Rahmen einer Nachbegehung überprüft.

Während im ersten Halbjahr die Revisionen der 15 Einrichtungen durchgeführt werden, stehen im zweiten Halbjahr die Ergebnisse auf der Agenda des DwB. Auf den Konferenzen der Führungskräfte aller Einrichtungen werden die Ergebnisse verglichen, diskutiert und Maßnahmen / Planungen für das darauf folgende Jahr vorge-

¹ Die Verwendung der männlichen Form wurde ausschließlich wegen der besseren Lesbarkeit gewählt – die weibliche Form wird immer mitgedacht.

² Bewohner / Patienten und deren Akten werden ausschließlich mit deren Einverständnis visitiert und begutachtet.

stellt. Die Ergebnisse des Vorjahres stellen die Basis für die jeweils nächste Revision dar.

1.1.2 Der nächste Schritt: die Überprüfung der Qualitätsmanagementsysteme durch externe Gutachter und die Zertifizierung der Einrichtungen

Nachdem die Einrichtungen ihre Qualitätsmanagementsysteme aufgebaut und etabliert hatten, beschloss der Gesellschafter die Überprüfung und Zertifizierung durch externe Gutachter.

Für das Krankenhaus Bethel Berlin und die beiden Geriatrischen Rehabilitationskliniken in Trossingen und Welzheim entschied sich der Gesellschafter für die Zertifizierung nach KTQ® (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen), für die Seniorenzentren und Diakoniestationen des DwB nach DSP (Diakoniesiegel Pflege®). Bis Ende 2009 sind, bis auf eine Ausnahme, alle Einrichtungen zertifiziert worden, in den Jahren 2010 bis 2012 stellen sich die Einrichtungen ihrer Rezertifizierung.

1.1.3 Ausblick

Qualität ist nicht nur ein Thema des DwB und seiner Einrichtungen. Die Veröffentlichungen der Auswertungen der Berichte des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (im Folgenden: MDK) Ende 2007 durch seinen Spitzenverband haben den Bedarf nach Transparenz im Umgang mit qualitätsrelevanten Daten und Vergleichsmöglichkeiten für Interessenten deutlich werden lassen. Der Anforderung nach Transparenz und Vergleichbarkeit ist nun auch der Gesetzgeber im Rahmen des neuen Pflegeweiterentwicklungsgesetzes gefolgt. Der MDK bewertet seit 2009 die nach einheitlichen Kriterien geprüften Einrichtungen nach Schulnoten und veröffentlicht die Ergebnisse im Internet.

Bereits 2007 nahm das DwB an mehreren Initiativen teil, wie die des Berliner Senats zur Schaffung einer Pflegeheimdatenbank oder der zur Sammlung von Einrichtungsdaten, die anschließend im Rahmen einer Serie zum ‚Pflegeheimvergleich‘ vom Berliner ‚Tagesspiegel‘ veröffentlicht wurden.

Um die Einrichtungen des DwB mit ihren Stärken, aber auch mit allen ‚Ecken und Kanten‘ darzustellen und dem Informationsbedürfnis der Interessenten entgegenzukommen, werden bereits seit Anfang 2008 alle internen wie auch alle von der Heimaufsicht (im Folgenden: HA) und dem MDK erstellten Berichte im Internet im vollen Umfang veröffentlicht, obwohl sie dem Leser wegen ihres Umfangs ein gewisses ‚Durchhaltevermögen‘ abverlangen.

1.2 Kriterienauswahl

Die Prüfkriterien der Internen Revision in Medizin und Pflege waren anfangs sechs Kategorien zugeordnet – Bauliches / Wohnlichkeit / Orientierung, Ordnung / Sauberkeit / Hygiene, Konzepte / Standards, pflegerisch-/ärztliches / therapeutisches Management, Ergebnisqualität: Zustand der Patienten / Bewohner sowie der Ergebnisqualität: Dokumentation – die sich an den geltenden Katalogen des MDK und der HA orientierten. Darüber hinaus wurden bethelspezifische Besonderheiten und Ansprüche abgefragt.

Mit dem aktuellen ‚Bundesrahmenhandbuch‘ Diakonie-Siegel Pflege (DSP) und dem ‚KTQ-Manual‘ liegen Prüfkataloge vor, die die Kriterien des MDK und der HA enthalten und gleichzeitig über den gesetzlichen Rahmen hinausgehen. Hieran werden die Qualitätsmanagementsysteme der Einrichtungen, ihre Regelungen und Verfahren gemessen.

Die Thematisierung der Kategorien ‚Konzepte und Standards‘ / ‚Pflegerisches / ärztliches / therapeutisches Managements‘ und einzelner Schwerpunkten der Bewohner- bzw. Patientenversorgung beziehen sich auf Strukturen und Prozesse der Einrichtungen. Diese Schwerpunkte werden hauptsächlich am ersten Tag der Revisionen behandelt. Begehungen von Stationen / Wohnbereichen und Begutachtungen zufällig ausgewählter Patienten / Bewohner sowie deren Aktenprüfung stellen den praktischen Teil aller Revisionen dar. Hierbei werden vorwiegend Ergebnisse bewertet (siehe Kapitel 4).

Eine Ausnahme bildet die sog. eintägige Teilrevision, die bei allen Einrichtungen durchgeführt wird, die später im Jahr nach KTQ oder DSP zertifiziert werden. Hierbei wird die Ergebnisbewertung vorgezogen, da Strukturen und Prozesse insbesondere während der später im Jahr folgenden Zertifizierung nach KTQ / DSP themati-

siert und bewertet werden. Dabei finden sich in vier der sechs eingangs erwähnten Kategorien die Ergebnisse in Form von Schulnoten wieder (siehe Kapitel 5).

Im folgenden Kapitel werden die Strukturdaten der Einrichtungen dargestellt.

2 Allgemeine Angaben zur Einrichtung

Datum der Prüfung	von: 08.02. bis 09.02.2011			
Uhrzeit / Thema der Revisionstage				
1. Tag: 08.02.2011	von:	09.00	bis:	16.00 Uhr
2. Tag: 09.02.2011	von:	09.00	bis:	16.00 Uhr
Anwesende Personen:				
Prüfer/Gutachter:				
1. Herr Dietel, SMG				
2. Frau Padelt, KHBE				
Gesprächspartner der Einrichtung:				
1. Joachim Knollmann, HG				
2. Ilka Gottschalk, GF PDL				
3. Katja Brandt, stellv. PDL				
4. Frau Heinemann, QMB				
Wann wurde die Einrichtung zuletzt von anderen Qualitätsprüfungsinstitutionen besucht				
Dezember 2010 - MDK				
Name und Träger der Einrichtung sowie verantwortliche Personen mit Angabe der Qualifikationen:				
Name der Einrichtung:	Pflegedienst Bethel Bad Oeynhausen			
Gesellschafter:	Diakoniewerk Bethel e.V.			
Heimleiter / HG:	Joachim Knollmann			
PDL / Geschäftsführerin:	Ilka Gottschalk			
stellv. PDL:	Katja Brandt			
QMB:	I. Heinemann			
Seit wann besteht die Einrichtung?				
Mai 08				
Welche Zusatzleistungen / Spezialisierungen werden von der Einrichtung angeboten?				
1. Menüdienst				
2. Serviceleistungen				
Art der Einrichtung und Versorgungssituation				
Anzahl Patienten:	60			
Aktuelle Belegung:				
Auslastung in %:				

Eine Übersicht über Patienten / BW mit besonderen Pflegeproblemen liegt vor (MDK, 1.5 / 1.8).

		Feb 11
a.	Beatmungspflichtige Patienten	keine
b.	Blasendauerkatheter	keine
d.	Dekubitus	1
c.	eingeschränkte Mobilität	6
e.	Freiheitseinschränkende Maßnahmen	1
f.	Immobilität	keine
g.	Kontrakturen	2
h.	MRSA	keine
i.	PEG-Sonde	keine
j.	Tracheostoma	keine
k.	Wachkoma	keine

Struktur der Wohn- und Pflegebereiche / Stationen

Wohnbereich / Stat.	geht über Ebenen		Anzahl Wohnplätze				davon nach SGB XI eingestuft in Pflegestufe					nicht eingestuft	
	1	>1	1	2	3	>3	Belegung / Versorgung Gesamt	0	I	II	III		Härte-fälle
								27	23	10			
Gesamt:			0				60	27	23	10	0	0	0

Folgende Ausstattung ist vorhanden (ja/nein) (MDK, 2.1):

	ja	nein
stufenloser Eingang	X	
Aufzüge mit für Rollstuhlfahrer erreichbaren Bedienelementen	X	
Handläufe in den Fluren bds.	X	
Haltegriffe im Sanitärbereich		
Behindertengerechtes Bad und		
Fäkalienspüle auf jeder Etage		
intakte und erreichbare Rufanlage		
höhenverstellbare Pflegebetten		
rutschfester Fußboden		
Nachtbeleuchtung		
allg. Orientierungshilfen	X	

Zusammensetzung Pflegepersonal (MDK 3.8)

Qualifikationen	Vollzeit		Teilzeit		Gesamt-	Geringf. Beschäftigte	
	Anzahl MA	Stunden	Anzahl MA	Stunden		Anzahl MA	Stunden
Krankenschwestern	1,00	40,00		0,00	40,00		
Altenpfleger/-innen	2,00	80,00		0,00	80,00		
Arzthelferin			2,00	60,00	60,00		
Krankenpflegehelferin			1,00	30,00	30,00		
Pflegehilfskräfte ohne		0,00	1,00	20,00	20,00		
Pflegehilfskräfte mit		0,00	1,00	30,00	30,00		
Auszubildende		0,00		0,00	0,00		
Gesamt:	3,00	120,00	5,00	140,00	260,00	0,00	0,00

3 Prüfkatalog Diakonie-Siegel Pflege, Version 2³

3.1 Maßnahmenplan

Die Umsetzung des Maßnahmenplans zur letzten Revision wurde stichprobenartig überprüft. Die dokumentierten Ergebnisse wurden vor Ort bestätigt.

3.2 Führungsprozesse

3.2.1 Führung, Politik und Strategie

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 1.1 Diakonisches Einrichtungsleitbild	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Zusammenarbeit mit Gemeinden ergibt sich ggf. aus den Wünschen der Patienten. Diese pflegen überwiegend selbst ihre Kontakte. Der Hausseelsorger des Seniorenzentrums steht bei Bedarf auch den Patienten zur Verfügung. Zur Zeit wird ein Patient von zu Hause abgeholt, damit er an den Andachten des Seniorenzentrums teilnehmen kann.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 1.5 Managementbewertung	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
Rückblick 2010: F: Personaldecke bleibt knapp - zur Zeit fehlen vier examinierte Mitarbeiter. Die Lücken werden, so weit es geht, durch Arzthelferinnen geschlossen sowie durch Mehrarbeitsstunden kompensiert. F: Die Werbung neuer Patienten wurde weiter fortgeführt, Kontakte zu Hausärzten gesucht und vertieft.	

³ © Diakonie-Siegel Pflege Auditcheckliste Version 2. Alle Rechte vorbehalten. DQE.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 1.5 Managementbewertung	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Zur Zeit werden 60 Patienten versorgt. F: Der Menüservice hat sich bewährt. Überwiegend konnten neue Kunden gewonnen werden, die den Pflegedienst ansonsten nicht in Anspruch nehmen. F: Kreis zum Erfahrungsaustausch pflegender Angehöriger. F: Bei der Bewertung durch den Vincentzverlag errang der Pflegedienst vier von fünf möglichen Sternen. F: Die Bewertung durch den MDK ergab eine sehr gute Note (1,3) bei einem Landesdurchschnitt von 2,5.</p>	
<p>Ausblick 2011: F: Suche von Fachkräften wird fortgesetzt. F: Ab Herbst wird ein Ausbildungsplatz für eine Fachkraft eingerichtet. F: Einführung leistungsabhängiger Prämien. F: Fortbildungsquote von 80%. F: Durchführung von Ausflügen für Patienten und Angehörige in 2011. F: Für 2010 wird die Managementbewertung zum ersten Mal selbst erstellt, vorher wurde stets ein externer Berater hinzugezogen.</p>	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 1.6 Kooperationen (V2)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Der Menüdienst wird durch den Pflegedienst vermittelt oder beworben. Beschwerden zur Auslieferungstemperatur des Essens sind nicht mehr vorgekommen, seit der Menüdienst Wärmeboxen eingeführt hat.</p>	
<p>F: Kooperationsverträge bestehen mit dem Fachseminar (Diakoniestalt) (Ausbildungsstätte für Altenpflege), den Mühlenkreiskliniken Bad Oeynhaus / Minden (Praxisanleitung von Auszubildenden) sowie den Johannitern (Hausnotrufsysteme).</p>	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 1.6 Kooperationen (V2)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Weitere Kooperationen gibt es mit der Autowerkstatt und dem Lieferanten für Büromaterialien. Lieferantenbewertungen liegen vor. N: Lieferantenbewertungen 2010 - KFZ-Werkstatt., Menüdienst, Büromaterial.	

3.2.2 Personal

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.2.3 Interne Kommunikation (V3)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Einmal wöchentlich werden Teamgespräche geführt. Im Protokoll werden die Maßnahmen vermerkt. Jeder, der nicht an den Gesprächen teilgenommen hat, muss die Kenntnisnahme abzeichnen.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.3.3 Ausbildung (V3), Evaluationsbogen_Schüler (05/2010)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Rückmeldungen der Auszubildenden sind positiv. Der Praxisanleiter der Einrichtung ist zufrieden mit dem Ergebnis. F: Ende jeden Jahres werden die Einsatzzeiten der Auszubildenden kommuniziert. Über das Jahr 2010 wurden ca. 6 Auszubildende betreut. F: Praxisbegleiter und -anleiter stehen im regelmäßigen Kontakt, wobei die Ausbildungsstätten Kontakte zum Teil unterschiedlich handhaben. N: Auswertung der Rückmeldungen 2010	E: Die Einrichtung sollte regelmäßige Rückmeldungen bzw. Treffen der Leitungen / Praxisanleiter mit den Vertretern der Ausbildungsstätten anregen, um die systematische Weiterentwicklung des Ausbildungskonzepts sicherzustellen.
F: Die Praxisanleiterin wird im Dienstplan mit Sonderzeiten eingesetzt, so dass sie Zeit für die Auszubildenden hat. Die Planung der Gespräche und der Evaluierung der Ergebnisse wird durch die Praxisanleiterin sichergestellt. F: Im Dienstplan ist die zusätzliche Leistung nicht dokumentierbar - jedoch werden diese Leistungen im Einsatzplan (Tourenplan) vermerkt.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.3.4 Fort- und Weiterbildung (V2), F 2.3.4 Fort- und Weiterbildung M07 Fortbildungsprogramm 2011 (V1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Regelung zur Fort- und Weiterbildung ist seit der letzten Revision nicht überarbeitet worden - somit konnte die Empfehlung nicht umgesetzt werden.	H: Die Planung muss ein Jahr im Voraus auf Grundlage der lang- und mittelfristigen Ziele erstellt werden. Kurzfristige Ziele lassen sich durch Fortbildungen umsetzen, die bspw. auf Grundlage aktueller Pflegevisitenergebnisse festgelegt wurden.
F: Es gibt kein festes Budget. Dies wird aufgrund des Kennzahlenblattes angepasst. F: Die Planung zur Fort- und Weiterbildung wird erstellt. Der Plan wird im Dezember entwickelt und im Januar veröffentlicht. Die Planung wird mit dem Seniorenzentrum gemeinsam geführt.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.3.5 Mitarbeitergespräche (V3), F 2.3.5 M02 Protokoll Mitarbeitergespräch (V2)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Mitarbeitergespräche werden jährlich geführt.	H: Die Regelung muss den Schilderungen gemäß angepasst werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.3.6 Diakonische Angebote für Mitarbeiter (V2)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Bis auf die Förderung bzw. Unterstützung der seelischen und körperlichen Regeneration für Mitarbeiter werden alle in der Regelung enthaltenen Kriterien thematisiert. F: Seelsorgerische Angebote werden in den Büroräumen ausgehängt.	E: Das noch nicht behandelte Kriterium ist eine Herausforderung an die Einrichtung. Ggf. sollte das Thema im Rahmen von Fortbildungen angeboten werden (vgl. auch F 2.3.7 Teamentwicklung).

3.2.3 Qualitätsmanagement

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.1 Aufbau des Qualitätsmanagementsystems (V1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Das Qualitätsmanagement des Pflegedienstes wird durch die QMB des Seniorenzentrums unterstützt. Hauptsächlich wird das QM durch die PDL getragen.	
F: Die Stellenbeschreibung sowie die Regelung zum Qualitätsmanagementsystem sind umfassend.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.5 Beschwerdemanagement (V2)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Bedingt durch die Personallage wurden im Laufe des Jahres sicher einige Beschwerden nicht berücksichtigt. F: Wiederkehrende Beschwerden betreffen die Versorgungszeiten und zwei Beschwerden den Menüdienst. F: Die befragten Patienten äußerten sich sehr zufrieden mit den Leistungen der Einrichtung (vergebene Durchschnittsnote bei hoher Beteiligung: 1,53) und empfehlen den Pflegedienst weiter (100%).	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.6 Internes Audit (V2), M01 Auditplan (V1), M02 Auditbericht (V1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Bei der Übernahme etablierter Regelungen vom Seniorenzentrum wurden nicht alle Aspekte angepasst.	H: Die Regelungen müssen auf Unstimmigkeiten überprüft und angepasst werden. Eine 'WBL' kann beim internen Audit im PDOE nicht befragt werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.6 Internes Audit (V2), M01 Auditplan (V1), M02 Auditbericht (V1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Schwerpunkte der festgestellten Verbesserungspotentiale lagen im Bereich der Dokumentation. Es fand eine Umstellung von 'DAN' auf 'Godo-Dokumentationssysteme' statt. Für die Mitarbeiter wurden vier Seminare angeboten. Das Godo-System erscheint vorallem im Bereich der Risikoerkennung und der Beratung für die Zwecke der Einrichtung geeignet.</p> <p>F: Die QM-Beauftragte des Seniorenzentrums wird die PDL bei den Pflegevisiten unterstützen. Darüber hinaus wird die Stellvertreterin der PDL als Auditorin eingearbeitet.</p> <p>N: Pflegevisitenprotokolle 2010</p>	<p>E: Bei Systemaudits sollten auch Mitarbeiter zunehmend einbezogen werden, sobald sich die Personallage beruhigt hat. Z.B. könnten Mitarbeiter einzelne Anforderungen auditieren und schauen, ob die Regelungen ausreichend umgesetzt werden.</p>

3.2.4 Sicherheit

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 4.1 Umgang mit Bewohnereigentum (V2)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Die Einrichtung ist gegen Schaden und Verlust von Patienteneigentum (z.B. Schlüssel) versichert.</p> <p>F: Öffnet der Patient entgegen der Abmachungen nicht die Tür, wird zunächst versucht, die Angehörigen zu erreichen. Gibt es keine andere Möglichkeit mehr und bleibt die Situation unklar, wird die Polizei gerufen, um die Tür zu öffnen.</p> <p>F: Die Regelungen (inklusive der zum Notfall - Patient öffnet nicht) sind umfassend.</p>	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 4.2 Arbeitsschutz , M1.3a Gefahrstoffkataster (V1), F 4.2M1.3b R und S Sätze zum Gefahrenkataster (V1), F 4.2M1.4 Biostoffe_BA (V1),	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: In der Regelung wird der Arbeitssicherheitsausschuss (ASA) nicht erwähnt. Im ASA werden gewöhnlich alle sicherheitsrelevanten Daten zusammengetragen (z.B. zur Auswertung des Verbandsbuches, zu häufigen Gründen der Arbeitsunfähigkeit durch den Betriebsarzt usw.).</p> <p>F: Die Einrichtung nimmt an der ASA-Sitzung des Seniorenzentrums teil - Fortbildungen werden für beide Einrichtungen angeboten.</p> <p>F: Für 2011 wird eine Schulung zum Heben und Tragen angeboten - in 2010 wurde die Rückenschule angeboten.</p> <p>F: Sicherheitsbeauftragter für die Einrichtung ist in Personalunion der Sicherheitsbeauftragte des Seniorenzentrums. Die QM-Beauftragte des Seniorenzentrums wird qualifiziert, um die Aufgaben einer Sicherheitsbeauftragten im Pflegedienst wahrzunehmen.</p> <p>F: Eine Gefährdungsbeurteilung wird dieses Jahr durch eine externe Sicherheitsfachkraft erstellt. Bei der letzten Beurteilung standen der Straßenverkehr (--> Fahrsicherheitstraining) und die Umsetzung der Biostoffverordnung im Fokus des Maßnahmenplans.</p> <p>N: Gefährdungsbeurteilung 2009</p>	<p>H: Das Verfahren (ASA) muss in der Regelung beschrieben werden.</p>
<p>F: Die Teilnahme an allen Pflichtschulungen - nicht nur denen des Arbeitsschutzes - wird auditiert. Bei Nichtteilnahme werden die Mitarbeiter aufgefordert, an den Fortbildungen teilzunehmen.</p>	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 4.3 Brandschutz (V1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Mitarbeiter bekommen die VA des Seniorenzentrums ausgehändigt.</p> <p>F: Die PDL bekommt eine Rückmeldung, wenn bei Begehungen durch den Vermieter Auffälligkeiten dokumentiert wurden.</p>	<p>E: Die Verantwortliche sollte immer wissen, was die wichtigsten sicherheitsrelevanten Ergebnisse der Begehungen waren (Kopie / Zusammenfassung der Ergebnisse von Brandschutzaudits).</p>

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 4.5 Hygiene (V1), M01a Infektionskrankheiten (V2), Patienten - und Angehörigeninformation bezüglich einer NORO-Vireninfektion (V1), F 4.5M03 MRSA, ORSA - Patienten- und Angehörigeninformation (V1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die QM-Beauftragte des Seniorenzentrums ist seit Dezember 2010 Hygienebeauftragte im Pflegedienst und ist Ansprechpartnerin für alle Mitarbeiter.	
F: Nicht alle Unterlagen enthalten präzise Quellenangaben.	F: Um nachvollziehen zu können, welchen Stand die Angaben haben und woher diese stammen (z.B. Umgang mit MRSA / ORSA) müssen immer präzise Quellenangaben am Ende der Dokumente stehen.

3.3 Kernprozesse

3.3.1 Pflege

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.3 Erstkontakt, Erstgespräch (V4) , M01 Erstkontakt (V2), K 1.3M02 Protokoll Erstgespräch (V1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Im letzten Jahr konnte aufgrund der Personalsituation keine Übersicht erstellt werden, wie das Verhältnis Erstkontakte / Erstgespräche und Aufnahmen ist.	E: Die Kennzahl sollte über das Interesse im Verhältnis zu tatsächlich erfolgten Pflegeübernahmen Auskunft geben.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.4 Aufnahme (V1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Einrichtung hat einen Überblick über die zuweisenden Bereiche. Systematisch werden die Zuweisenden noch nicht dokumentiert. F: Wenn es Patienten wünschen, vermittelt die Einrichtung Kontakte zu Gemeinden. Patienten sind eingeladen, an den Andachten des Seniorenzentrums teilzunehmen.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.5 Pflegeprozess, Pflegeplanung (V3)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Evaluationsintervalle werden als Mindeststandard festgelegt (z.B. jedes Quartal wird das Dekubitusrisiko eingeschätzt). Vorab wird in der Planung noch kein Datum der nächsten dokumentierten Evaluation festgelegt.	H: Die Individualisierung der Planung wird auch durch die Vorabfestlegung der nächsten Evaluation deutlich - bei akuten und instabilen Zuständen werden die Ergebnisse der Maßnahmen in geringeren Zeitabständen überprüft (z.B. alle zwei Tage, alle sieben Tage), bei bekannten und persistierenden Zuständen alle vier Wochen, drei Monate, halbjährlich etc.).
F: Die Regelung zum Pflegeprozess und zur Pflegeplanung enthält Doppelungen in der Beschreibung des Vorgehens.	E: Die Regelung sollte zusammengefaßt werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.7 Pflegestandards	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die nationalen Expertenstandards entsprechen nicht den Bethelkonventionen.	H: Die Expertenstandards müssen angepasst werden.
F: Die Standards sind ausführlich, die nationalen Expertenstandards entsprechen jedoch nicht der Bethel-Konvention.	H: Die Nationalen Expertenstandards müssen angepasst, alle längeren Erläuterungen als Anlage ausgelagert werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.10 Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen (V1), K 1.10M01 Einverständniserklärung freiheitsbeschr. MaßnahmenBT (V1), K 1.10M02 Einverständniserklärung freiheitsbeschr. MaßnahmenPatient (V1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: In der Regelung wird nicht auf typische Situationen und ihre Reaktionsmöglichkeiten im ambulanten Bereich eingegangen.	H: Um sicherzustellen, dass Mitarbeiter in kritischen Situationen ('Notfällen') richtig reagieren, müssen Situationen und ihre Möglichkeiten im ambulanten Bereich beschrieben werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.11 Pflegevisite (V3), Pflegevisitenprotokoll (v2)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Regelung zu Pflegevisite enthält noch nicht die neuen Vorgaben zur Pflegevisite (Kennzahl).	H: Die Regelung muss angepasst werden.
F: Zum Teil wurde der neue Katalog im letzten Jahr schon angewandt und ausgewertet. F: Verbesserungspotentiale liegen im Bereich der Dokumentation und des Risikomanagements.	H: Die Regelung muss angepasst werden.
F: Im letzten Jahr konnten zwei Integrationsvisiten durchgeführt werden. Die Planzahl der Pflegevisiten zur Kennzahl wurde erstellt. N: Pflegevisitenplan 2011	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.13 Verhalten in Notfallsituationen (V1), M01 Notöffnung der Haustür eines Patienten (V2)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Notfälle werden im Rahmen von Teamgesprächen behandelt.	H: Notfälle müssen systematisch ausgewertet und das Verhalten in Notfällen ggf. verbessert werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.14 Umgang mit Sterben und Tod (V1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Persönliche Gespräche werden seitens der Leitung angeboten - seelsorgerliche Unterstützung kann in Anspruch genommen werden. Die Liste der Pastoren hängt aus, damit Mitarbeiter auch anonym Hilfe suchen können.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.14 Umgang mit Sterben und Tod (V1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Beileidskarten werden an Hinterbliebene von der PDL versandt. Nach angemessener Zeit (ca. 6 - 7 Wochen) wird ein Kondolenzschreiben versandt. Den Hinterbliebenen wird ein Hausbesuch oder ein Gesprächstermin angeboten.</p> <p>F: Für Beerdigungen von Patienten werden Mitarbeiter freigestellt, wenn diese es wünschen.</p> <p>F: Die Durchführung regelmäßiger Gedenkgottesdienste für die Verstorbenen - wie im Seniorenzentrum praktiziert - wird überlegt.</p>	

3.3.2 Hauswirtschaft

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 2.4 Reinigung (V2)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Der Umgang mit infektiösen Erkrankungen wird in der Regelung nicht ausreichend beschrieben.</p> <p>F: Sobald die Information einer Infektion vorliegt, können die Mitarbeiter auf geeignete Arbeitsmaterialien und Merkblätter für die Angehörigen zurückgreifen.</p>	<p>H: Der Umgang mit infektiösen Erkrankungen muss ausgeführt bzw. auf entsprechende Hygienerichtlinien hingewiesen werden.</p>

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 2.5 Wäscheversorgung (V2)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Im Rahmen der Leistungskomplexe (LK 14 oder LK 22) wird die Wäscheversorgung geregelt (aufhängen und bügeln inklusive).</p> <p>F: Bei Beschädigung der patienteneigenen Wäsche tritt die Haftpflichtversicherung in Kraft.</p>	

3.3.3 Beratung und Betreuung

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 3.3 Angehörigenarbeit (V1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Für pflegende Angehörige wurden 2010 Kurse zur Demenz (über 12 Abende), Vorsorgevollmachten / Patientenverfügungen etc. angeboten. F: Für den Herbst 2011 sind weitere Angebote geplant.	

® Diakonie-Siegel Pflege Auditcheckliste Version 2. Alle Rechte vorbehalten. DQE

4 Begutachtungen

4.1 Begutachtungen von Stationen⁴

4.1.1 Pflegedienst: Büroraum Bad Oeynhausen

Datum:	08.02.2011
Begleitpersonen / Leitungen:	Hr. Dietel, Fr. Gottschalk

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
F 4.2 Arbeitsschutz*	Hautschutzplan der BGW / Hygieneplan*	iO
	Frage aus F 4.5: Aushang aktueller Hygiene- und Desinfektionspläne? Wird Hautschutz mit in die Hinweise eingeschlossen? Mitarbeitern bekannt?	iO
F 4.3 Brandschutz*	Aushang von Flucht- und Rettungsplänen*	iO
	Sind Fluchtwege / Flure frei begehbar?*	iO
	Sicherheit: Zugang zu gefährlichen Substanzen*	t.n.z.
F 4.4 Wartungs- und Kontrollsystem*	Kontrolle des Defibrillators / der Sauerstoffflasche des Reanimationswagens*	t.n.z.
	Notfallausstattung*	iO - Die Kontrolle des Koffers muss regelmäßig durchgeführt und dokumentiert werden.
	Funktionskontrolle der Medizinprodukte durch die Mitarbeiter des Bereiches*	iO
	Beachtung des Datenschutzes*	iO
	Überwachung der Kühlschranktemperatur (dokumentiert?)	t.n.z.
F 4.5 Hygiene**	Arbeitsmittel im ausreichenden Umfang (Handschuhe, Händedesinfektionsmittel etc.) vorhanden?*	Materialien für Mitarbeiter sind ausreichend vorhanden.
	Ausstattung Pflegewagen*	iO
	Veröffentlichung von Sicherheitsanweisungen, z.B. Verhalten im Notfall*	iO
	Erforderliche Hygienemaßnahmen bei Isolierten (Schutzkleidung, Hauben, Mundschutz, Handschuhe, Einmalkittel, Wäsche, Abwurf, Reinigung)?*	iO
	Trennung von reinem / unreinem Arbeitsraum / Arbeitsmitteln*	t.n.z.

⁴ Die Kriterien sind dem Katalog Diakonie-Siegel Pflege, Version 2, entnommen

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
F 4.5 Hygiene**	Lagerungshilfsmittel*	iO
	Lagerung der Verbandsmaterialien*	iO - die regelmäßige Kontrolle muss dokumentiert werden.
	Lagerung des Sterilgutes*	Arbeitskleidung - die Hygienevorschrift muss ergänzt werden: Die Mitarbeiter müssen ihre Arbeitskleidung selbst waschen und sicherstellen, dass diese mit 60° gewaschen werden.
	Gesamteindruck Sauberkeit und Hygiene (Ordnung in den Dienstzimmern / Kleidung der Mitarbeiter)**	Die Räume sind sehr sauber und die Arbeitsplätze funktional gestaltet.
K 1.9 Umgang mit den Medikamenten*	Die Medikamentenschränke sind abschließbar / Lagerung in Medikamentenkühlschränken bei Bedarf.*	iO
	Sachgemäße Lagerung / Aufbewahrung (Beschriftungen nach Anbruchs- und Verfallsdatum mit Jahreszahl* / Entsorgung der Medikamente (und Spritzenbestecke)*)	t.n.z. - wenn Medikamente für Patienten in der Station gestellt werden, gibt es abschließbare Medi-Boxen, um die Medikamente gegen unbefugten Zugriff zu sichern.
	Kontrollliste Lagergut und Medikamente*	s. o. - eine Kontrollliste muss erstellt werden.
	Entsprechen die gestellten Medikamente denen, die der Arzt angeordnet hat (Abgleich Med. / Verordnung)?*	iO
	BTM – Buch und Aufbewahrung (Vollständigkeit) / Verblisterung / Vier-Augen-Prinzip*	t.n.z.
K 2.2 Wohnraumgestaltung **	Gestaltung der Gemeinschaftsräume**	Gute Arbeitsatmosphäre. Sehr funktional und lichtdurchflutet.
	Gestaltung der Außenbereiche - Balkone / Gehwege / Bepflanzungen**	t.n.z.
	Erscheinungsbild der Flure / Gestaltung der Sitzgelegenheiten / Informationstafeln etc.**	t.n.z.
	Veranstaltungsübersicht**	t.n.z.
	Orientierungshilfen*	iO
K 2.3 Verpflegung *	Aktueller, gut lesbarer Speiseplan im Wohnbereich?*	iO
K 2.4 Reinigung **	Verkehrsflächen - Fußböden („runde Ecken“, Staub, Begehbarkeit)**	Sehr sauber.
	Gerüche?*	t.n.z.
	Sanitärbereiche und Funktionsräume**	Sehr sauber.
	Sauberkeit und Ordnung in Gemeinschaftsräumen**	t.n.z.
	Sauberkeit der Umgebung: Fenster, Sonnenschutz / Jalousien **	Sehr sauber.
	Sauberkeit Verteilerküchen**	t.n.z.
U 1.5 Beschaffung und Lagerung		
Diakonisch-Kirchliche Angebote *	Leitbilder gut sichtbar und bewohnerorientiert angebracht?*	iO
	Ausstattung der Bewohnerzimmer mit Neuem Testament (NT)*	t.n.z.
	Angebotsübersicht gut sichtbar?*	t.n.z.
	Bibel / Feiern und Loben / andere Gesangsbücher in allen Wohnbereichen / Einlegeblätter?*	iO
	Liste der Pastoren / Pfarrer*	iO
	Utensilien zur Gestaltung des Abschieds von verstorbenen Bewohnern (*Aussegnungssets) in allen Wohnbereichen?*	Mitarbeiter haben 'Aussegnungsformulare', auf denen entsprechende Texte stehen.

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
Sonstiges	Namenschilder?	iO
	FeM: Bei Freiheitsentziehenden Maßnahmen: liegt Gerichtsbeschluss vor? (Stichprobe)*	In einem Fall werden FeM angewandt - eine Zustimmung liegt vor, obwohl diese Maßnahmen im strengen Sinne keine FeM sind (Ehefrau als Mitbewohnerin derselben Wohnung).
	Handzeichenlisten aktuell? (Stichprobe: von der HZ-Liste zum Dienstplan zur Akte - Übereinstimmung?)*	iO
	Stufenloser Eingang *	iO
	Aufzüge mit großen, für Rollstuhlfahrer erreichbaren Bedienelementen (Höhe unter 1.20 m)*	iO
	Handläufe, Haltegriffe*	iO
	Behindertengerechtes Bad / Toilette auf allen Etagen*	t.n.z.
	Rufanlage in jedem Zimmer vorhanden / Nachtbeleuchtung*	t.n.z.
	Rutschfester Fußboden*	iO
	An Pflegefachkraft: Wann erfahren Sie von Aufnahmen? Welche Informationen erhalten Sie aus dem Erstgespräch / der prästationären Sprechstunde / vom Überleitungsbogen? Wer legt die Bezugs- / Bereichspflegefachkraft fest?	Aus Krankenhäusern liegen Überleitungsbögen vor. Zum Teil erfahren die Mitarbeiter zwei Wochen im Voraus von einer Übernahme. Häufig ist die Übernahme kurzfristig. Wachkoma-Patienten können übernommen werden.
	Kennen Sie die Ziele Ihrer Einrichtung? Kennen Sie die Ihrer Abteilung für dieses Jahr? Wissen Sie, wo Sie im Moment stehen?	Die Ziele der Einrichtung liegen vor. In Teamgesprächen werden jeweils die neuen Ziele für das kommende Jahr bekannt gemacht. Die Ziele werden in den Büroräumen auch ausgehängt.
	Dienst- / Tourenplanung - Kap. 4.1.1	(Kontinuität der Pflegefachkräfte ersichtlich? Gegeben?)
	Interne Kommunikation - Kap. 4.1.1	
Datenschutz - Kap. 4.3 (k113f)		
Gesamtbewertung**		Die Einrichtung ist sehr sauber und wird gut geführt. Überprüfungen müssen dokumentiert werden.

Legende:

iO - in Ordnung - Bewertung '2' / ggf. Schulnote**
t.n.z. - trifft nicht zu
*Beurteilung nach '0' - nein, '1' - teilweise, '2' - vollständig (iO) --> bei '0' und '1' Kommentar / Empfehlung bzw. Hinweis
**Benotung nach Schulnoten

Quelle: Kriterien des Prüfkataloges ‚Diakonie-Siegel Pflege, Version 2.0‘ – Auswahl in Anlehnung an die 6 Kategorien der jährlichen Zusammenfassungen der Qualitätsberichte – ‚Gesamtübersicht‘ (Bewertung nach Schulnoten im Vergleich der letzten 3 Jahre).

4.2 Begutachtungen von Patienten

4.2.1 Patient 1

Datum:	9.2.2011	Geb.Datum:	
Name, Vorname:		Bereich / Abteilung:	
Betreuung:		Pflegestufe:	2
Derzeitige Situation:	2x tägliche Versorgung (LK 1 morg./ LK2 abs.), 2x wöchentliche Blutdruckmessung; Wundverbände 3x wöchentlich.		
Medizinische Diagnosen:	Zustand nach mehrfacher Bandscheiben-OP, arterielle Verschlusskrankheit.		
Aktueller Zustand / Umfeld:			
Haare:		Ohren:	
Lippen:		Zähne:	
Zunge:		Achseln:	
Finger / Fingernägel		Schulterblätter:	
Bauchnabel:		Hüften:	
Analgegend:		Leistenbereich:	
Fuß/Ferse/Fußnägel:		Zehenzwischenräume:	
Ernährungszustand:		PEG/Sondennahrung:	
Wunden:		Orientierung:	
DK:		IKM:	
Atmosphäre:		Bett (auch: höhenverstellbar)	
Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel		Gerüche:	
Nasszelle / WC:		Mobiliar:	
Zufriedenheit:			
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):		Essen:	
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):		Pflegerische Versorgung:	Ich bin sehr zufrieden.
Medizinische Versorgung:		Therapeutische Anwendungen:	
Sollte etwas verbessert werden?		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	
Bewertung:			
Sollte etwas verbessert werden?			
Gesamteindruck / Bewertung:	Der Patient ist sehr zufrieden.	+ / -	

4.2.2 Patient 2

Datum:	9.2.11	Geb.Datum:	
Name, Vorname:		Bereich / Abteilung:	
Betreuung:		Pflegestufe:	0
Derzeitige Situation:	2x wöchentlicher Verbandswechsel.		
Medizinische Diagnosen:	Prostatahyperplasie, suprapubischer Dauerkatheter.		
Aktueller Zustand / Umfeld:			
Haare:		Ohren:	
Lippen:		Zähne:	
Zunge:		Achseln:	
Finger / Fingernägel		Schulterblätter:	
Bauchnabel:		Hüften:	
Analgegend:		Leistenbereich:	
Fuß/Ferse/Fußnägel:		Zehenzwischenräume:	
Ernährungszustand:		PEG/Sondennahrung:	
Wunden:		Orientierung:	
DK:		IKM:	
Atmosphäre:		Bett (auch: höhenverstellbar)	
Sauberkeit Zimmer / Nachtsiche / Hilfsmittel		Gerüche:	
Nasszelle / WC:		Mobiliar:	
Zufriedenheit:			
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):		Essen:	
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):		Pflegerische Versorgung:	Ich bin sehr zufrieden.
Medizinische Versorgung:		Therapeutische Anwendungen:	
Sollte etwas verbessert werden?		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	
Bewertung:			
Sollte etwas verbessert werden?			
Gesamteindruck / Bewertung:	Der Patient kannte das Seniorenzentrum Bethel, da dort seine Tante versorgt wurde. Als für ihn Kurzzeitpflege notwendig wurde, lag er kurze Zeit im Seniorenzentrum und wandte sich dann an den Pflegedienst, da das 'Vertrauen zur Versorgung' vorhanden war.	+ / -	

4.2.3 Patient 3

Datum:	9.2.11			Geb.Datum:	
Name, Vorname:				Bereich / Abteilung:	
Betreuung:				Pflegestufe:	0
Derzeitige Situation:	Täglich Kompressionswickel.				
Medizinische Diagnosen:	Zustand nach Aortenklappenersatz.				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:	iO	Augen:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	iO	Zahnfleisch:	iO
Zunge:	iO	Achseln:	Keine Inspektion.	Ellenbogen:	iO
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	Keine Inspektion.	Brust:	Keine Inspektion.
Bauchnabel:	Keine Inspektion.	Hüfte:	Keine Inspektion.	Gluteal / Sakral	Keine Inspektion.
Analgegend:	Keine Inspektion.	Leistenbereich:	Keine Inspektion.	Intimbereich:	Keine Inspektion.
Fuß/Ferse/Fußnägel:	Keine Inspektion.	Zehenzwischenräume:	Keine Inspektion.	Hautzustand:	iO
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.	ggf. Ödeme:	t.n.z.
Wunden:	t.n.z.	Orientierung:	Vollständig.	Schmerzen:	Zum Abend an beiden Beinen - wenn die Wickel abgelegt werden, wird es zum Abend besser.
DK:	t.n.z.	IKM:			
Atmosphäre:	t.n.z.	Bett (auch: höhenverstellbar)	t.n.z.	Wandschmuck/Bilder	t.n.z.
Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel	t.n.z.	Gerüche:	Keine.	Kleidung:	t.n.z.
Nasszelle / WC:	t.n.z.	Mobiliar:	t.n.z.		
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):			Essen:		
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):			Pflegerische Versorgung:	Wir sind sehr zufrieden. Die Mitarbeiterinnen sind sehr nett.	
Medizinische Versorgung:			Therapeutische Anwendungen:		
Sollte etwas verbessert werden?			Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:		
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?					
Gesamteindruck / Bewertung:	Der Patient kam auf Empfehlung des Hausarztes und aufgrund eigener Recherchen zum Pflegedienst Bethel Bad Oeynhausen. Für den Fall, dass er und seine Frau nicht mehr zu Hause versorgt werden können, erwägen beide, ins Seniorenzentrum Bethel Bad Oeynhausen zu ziehen.		+ / -		

4.2.4 Patient 4

Datum:	9.2.11	Geb.Datum:	
Name, Vorname:		Bereich / Abteilung:	
Betreuung:		Pflegestufe:	2
Derzeitige Situation:	2x tgl. (LK1 und LK 30 morgens und bei Bedarf LK 4 / LK 30 und bei Bedarf Abendbrot bereiten. Einmal wöchentlich Reinigung der Wohnung - LK 13 und LK 11.		
Medizinische Diagnosen:	Morbus Parkinson.		
Aktueller Zustand / Umfeld:			
Haare:	Ohren:	Augen:	
Lippen:	Zähne:	Zahnfleisch:	
Zunge:	Achseln:	Ellenbogen:	
Finger / Fingernägel	Schulterblätter:	Brust:	
Bauchnabel:	Hüften:	Gluteal / Sakral	
Analgegend:	Leistenbereich:	Intimbereich:	
Fuß/Ferse/Fußnägel:	Zehenzwischenräume:	Hautzustand:	
Ernährungszustand:	PEG/Sondennahrung:	ggf. Ödeme:	
Wunden:	Orientierung:	Schmerzen:	
DK:	IKM:		
Atmosphäre:	Bett (auch: höhenverstellbar)	Wandschmuck/Bilder	
Sauberkeit Zimmer / Nachtsiche / Hilfsmittel	Gerüche:	Kleidung:	
Nasszelle / WC:	Mobiliar:		
Zufriedenheit:			
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):		Essen:	Das Essen lasse ich mir immer zum Mittag bringen - es ist immer warm. Ich esse den Nachtisch sehr gern.
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):	Ich bin sehr froh, dass die Einrichtung christlich ist. Ich werde immer am Sonntag zur Kirche mitgenommen.	Pflegerische Versorgung:	Ich bin wirklich sehr zufrieden - ist ein tolles Team.
Medizinische Versorgung:		Therapeutische Anwendungen:	
Sollte etwas verbessert werden?		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	
Bewertung:			
Sollte etwas verbessert werden?			
Gesamteindruck / Bewertung:	Die Patientin kam durch Empfehlung zu Bethel - sie zog vor fünf Jahren in ein Apartment. Sie fühlt sich sehr gut versorgt.		+ / -

4.2.5 Patient 5

Datum:	9.2.2011			Geb.Datum:	
Name, Vorname:				Bereich / Abteilung:	
Betreuung:				Pflegestufe:	1
Derzeitige Situation:	Morgens Teilwäsche (LK 2) und Bereitung des Frühstücks (LK 4); wöchentliches Stellen der Medikamente; einmal monatlich i.m-Injektion.				
Medizinische Diagnosen:	Mitralklappeninsuffizienz - Marcumar-Patientin.				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:	iO	Augen:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	iO	Zahnfleisch:	iO
Zunge:	Keine Inspektion.	Achseln:	Keine Inspektion.	Ellenbogen:	iO
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	Keine Inspektion.	Brust:	Keine Inspektion.
Bauchnabel:	Keine Inspektion.	Hüften:	Keine Inspektion.	Gluteal / Sakral	Keine Inspektion.
Analgegend:	Keine Inspektion.	Leistenbereich:	Keine Inspektion.	Intimbereich:	Keine Inspektion.
Fuß/Ferse/Fußnägel:	Keine Inspektion.	Zehenzwischenräume:	Keine Inspektion.	Hautzustand:	iO
Ernährungszustand:	Niedriger BMI - Gewichtszunahme nach Krankenhausaufenthalt: 3 kg.	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.	ggf. Ödeme:	t.n.z.
Wunden:	t.n.z.	Orientierung:	Orientiert.	Schmerzen:	Keine.
DK:	t.n.z.	IKM:	Keine Inspektion.		
Atmosphäre:	t.n.z.	Bett (auch: höhenverstellbar)	Keine Inspektion.	Wandschmuck/Bilder	t.n.z.
Sauberkeit Zimmer / Nachtschische / Hilfsmittel	t.n.z.	Gerüche:	Keine.	Kleidung:	t.n.z.
Nasszelle / WC:	t.n.z.	Mobiliar:	t.n.z.		
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):			Essen:		
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):			Pflegerische Versorgung:	Ich bin mit dem Pflegedienst sehr zufrieden.	
Medizinische Versorgung:			Therapeutische Anwendungen:		
Sollte etwas verbessert werden?			Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:		
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?					
Gesamteindruck / Bewertung:	Es gibt nichts zu verbessern. Die Patientin ist sehr zufrieden.		+ / -		

4.3 Überprüfung der Dokumentation

	Stamblatt	Anamnese / Biografiearbeit*	Pflegeplanung	Pflegeplanung innerhalb der vorgegebenen Frist erstellt?*	Pflegebericht	Leistungsnachweis / -dokumentation*	Dekubitusrisikoskala /-einschätzung*	Lagerungsprotokoll*	Betreuungsplanung und -nachweis	Wundprotokoll / -dokumentation*	Ernährungs- / Trinkprotokoll*	Sturzrisiko*	Förderung der Harnkontinenz*	Vitalzeichenkontrollblatt	Ärztliches Verordnungsblatt / Visitenprotokoll	Schmerzdokumentation	Medikamentenplan	Therapiedokumentation / Aktivierungsbogen	Seelsorge (Durchführungsnachweis / Dokumentation)*	Spirituelle Bedürfnisse des BW / Pat. dokumentiert (Anamnese)*	Überleitungsbogen	Leerstelle (zusätzliche Formulare KH / RK)	Ärztliches Verlaufsblatt	Therapeutisches Verlaufsblatt	Befunddokumentation	Vollständigkeit* / Anwendung*	Bewertung der Vollständigkeit und Schriftführung in Schulnoten
1.																										1	
	Dokumentation nicht überprüft.																										
2.																										1	
	Dokumentation nicht überprüft.																										
3.	2	2	2	2	2	2	2				2					2			1	2						1	2,0
	<p>Zustand bei Aufnahme (seit 01/2011): Asthma bronchiale, Emphysem. Zustand nach Herzinfarkt mit Einsatz einer Herzklappe. Ödeme in beiden Beinen - Kompressionsverbände einmal täglich. Patient ist bei Anstrengung kurzatmig (schon beim Aufstehen und Gehen ins Wohnzimmer entsteht Kurzatmigkeit). Versorgt sich selbst, wird hierbei bei allen Aktivitäten von seiner Lebensgefährtin unterstützt. Verwendet einen Elektrorollstuhl und fährt mit diesem z.B. selbst zum Arzt.</p> <p>Schlüsselergebnisse: Keine.</p> <p>Gegenwärtiger Zustand: Beinödeme sind zurückgegangen - Abklärung der weiteren Anwendung der Wickel. Der Patient berichtet von Schmerzen im Zusammenhang mit den Wickeln.</p> <p>Ausblick: Zustand stabilisieren. Wunsch des Patienten: Von den Wickeln los zu kommen.</p> <p>Bewertung: In der Biographie wurde der Frage nicht nachgegangen, ob der Patient ein starker Raucher war oder andere Gründe für die Grunderkrankung vorliegen. Abzuklären wäre, ob die Schmerzen im Zusammenhang mit den Kompressionswickeln stehen und medikamentös gedämpft werden könnten. Zum Dokumentationssystem: Nach Meinung der Pflegefachkraft ist das neue Dokumentationssystem besser, weil die einzelnen Formulare gut aufeinander abgestimmt sind.</p>																								2,0		

	Stamblatt	Anamnese / Biografiearbeit*	Pflegeplanung	Pflegeplanung innerhalb der vorgegebenen Frist erstellt?*	Pflegebericht	Leistungsnachweis / -dokumentation*	Dekubitusrisikoskala / -einschätzung*	Lagerungsprotokoll*	Betreuungsplanung und -nachweis	Wundprotokoll / -dokumentation*	Ernährungs- / Trinkprotokoll*	Sturzrisiko*	Förderung der Harnkontinenz*	Vitalzeichenkontrollblatt	Ärztliches Verordnungsblatt / Visitenprotokoll	Schmerzdokumentation	Medikamentenplan	Therapiedokumentation / Aktivierungsbogen	Seelsorge (Durchführungsnachweis / Dokumentation)*	Spirituelle Bedürfnisse des BW / Pat. dokumentiert (Anamnese)*	Überleitungsbogen	Leerstelle (zusätzliche Formulare KH / RK)	Ärztliches Verlaufsblatt	Therapeutisches Verlaufsblatt	Befunddokumentation	Vollständigkeit* / Anwendung*	Bewertung der Vollständigkeit und Schriftführung in Schulnoten	
4.	2	2	2	2	2	2	2					2		2	2		2			2							2	1,5
	<p>Zustand bei Aufnahme (seit 11/2010): Morbus Parkinson. Der Medizinische Dienst hat die Pflegeübernahme vermittelt, weil sich die Patientin nicht mehr selbstständig versorgen konnte. Unterstützung bei einigen Lebensaktivitäten (Duschen, Anziehen, Frühstück, Hilfe beim Auskleiden, Abendbrot). Von Montag bis Freitag nimmt die Patientin den Menü-Service in Anspruch. Darüber hinaus nimmt sie hauswirtschaftliche Leistungen in Anspruch (Reinigung der Wohnung). BMI 19. Sturzrisiko vorhanden - verwendet einen Rollator - Gangbild unsicher - jedoch keine Stürze aus der Vorgeschichte bekannt. Stuhl- und Harnkontinent. Orientiert, ansprechbar, adäquat. kooperativ - nimmt die pflegerischen Maßnahmen gut an.</p> <p>Schlüsselereignisse: Keine.</p> <p>Gegenwärtiger Zustand: Hat etwas zugenommen (BMI 19,5). Sie fühlt sich wohl, äußert die auch und bekommt häufig Besuch. Scheint gegenwärtig besser in Ihrem Haushalt zurecht zu kommen, als zum Zeitpunkt der Pflegeübernahme.</p> <p>Ausblick: Selbstständigkeit soll erhalten bleiben und der BMI sich auf dem jetzigen Niveau stabilisieren. Soll sich weiterhin in ihrem Lebensraum wohlfühlen.</p> <p>Bewertung: Die Schilderung ist anhand der Unterlagen nachprüfbar und vollständig.</p>																								1,7			
5.																												
	Dokumentation nicht überprüft.																											

Legende:

2 = Vollständig

1 = teilweise vorhanden

0 = nicht vorhanden

kein Eintrag / t.n.z. = trifft nicht zu

5 Zusammenfassung

Die Leitungsgruppe der Einrichtung präsentierte sich gut vorbereitet, professionell und konzentriert. Die Arbeitsatmosphäre war zu jeder Zeit sehr kollegial und angenehm.

In den beiden ersten Kategorien – ‚Orientierung‘ und ‚Ordnung, Sauberkeit und Hygiene‘ konnte das hohe Niveau des Vorjahres gehalten werden. Die Struktur der Hygiene ist vorhanden. Im Einzelnen gibt es jedoch noch Verbesserungspotentiale bei der Umsetzung **(siehe Kapitel 4.1)**.

In den weiteren Kategorien ‚Konzepte und Standards‘ und deren Umsetzung (‚Pflegerisches, ärztliches, therapeutisches Management‘) lassen sich gegenüber dem Vorjahr ebenso Verbesserungen feststellen. Beispiele hierfür sind Regelungen zum Aufbau des QM-Systems, Stellenbeschreibungen, die Regelung zur Lenkung von Dokumenten und Aufzeichnungen, zum Arbeitsschutz oder den Vorbeuge- und Kontrollmaßnahmen.

Einzelne Bestandteile des Ausbildungskonzepts wurden aus anderen Einrichtungen übernommen und auf Besonderheiten der eigenen Einrichtung angepasst. Bei der Übernahme von Regelungen aus anderen Einrichtungen muss darauf geachtet werden, dass diese immer vollständig auf die Verhältnisse des ambulanten Pflegedienstes umgeschrieben werden (z.B. ‚Interne Audits‘ → hier wird von ‚Wohnbereichsleitungen‘ gesprochen) **(siehe Kapitel 3)**.

Zum Ende dieses Jahres ist die Schaffung eines Ausbildungsplatzes in der Pflege geplant. Seit Ende letzten Jahres werden Rückmeldungen der Auszubildenden kooperierender Ausbildungsstätten systematisch gesammelt und ausgewertet.

Im Rahmen des Arbeitsschutzes wurden Sicherheitsdatenblätter, Betriebsanweisungen und das Gefahrenstoffverzeichnis erstellt bzw. vervollständigt.

Bei Bezug auf andere Unterlagen – z.B. dem RKI (Unterlagen zur Hygiene - Umgang mit resistenten Keimen) – müssen die Quellen präzise benannt werden (Autor, Jahr, Titel, Ort / Verlag, Seitenzahl).

Verbesserungspotential gibt es darüber hinaus bezüglich der Organisation der internen Audits. Bei Systemaudits sollte darauf geachtet werden, dass diese nicht nur von der PDL

durchgeführt werden, sondern diese Aufgabe ‚auf mehrere Schultern‘ verteilt wird. Mitarbeiter können im Rahmen der Qualitätszirkelarbeit ebenso Regelungen auditieren.

Alle nationalen Expertenstandards müssen gemäß den bethelweiten Konventionen verfasst werden.

Die Pflegedienstleiterin / Geschäftsführerin wird künftig durch die Qualitätsmanagementbeauftragte des Seniorenzentrums unterstützt. Hierdurch sollen vor allem Pflege- und Hygienevisiten intensiviert und deren Auswertung vertieft werden (**siehe Kapitel 3**).

In der Kategorie ‚Ergebnisqualität: (Pflege-)Zustand der Patienten‘ konnte erstmals eine sehr gute Bewertung erzielt werden: Alle gesehenen Patienten waren mit Ihrer Versorgung sehr zufrieden und wählten aufgrund von Empfehlungen oder guter persönlicher Erfahrungen (z.B. Versorgung von Angehörigen im Seniorenzentrum Bethel Bad Oeynhausen) den Pflegedienst Bethel Bad Oeynhausen (**siehe Kapitel 4.2**).

Aufgrund der im letzten Jahr gegebenen Empfehlungen wurde das Dokumentationssystem gewechselt und erscheint nun bezüglich der Formulare besser aufeinander abgestimmt. Die Versorgungs- und Krankheitsverläufe konnten von den Pflegefach- und Pflegekräften zusammenhängend geschildert und anhand der Dokumentation belegt werden.

Einige Formulare könnten auf eines reduziert werden, sobald Routine im Umgang mit dem neuen Dokumentationssystem entstanden ist.

Bei Patientenvorstellung sollte ein einheitliches Schema eingeübt werden. Zum Beispiel könnten zunächst die prioritären Phänomene und Ereignisse genannt und anschließend alle weiteren, z.B. in Reihenfolge der Lebensaktivitäten (LA), beschrieben werden. Alternativ könnten nach Nennung der wichtigsten Aspekte, die pflegerischen Risiken (→ Nationale Expertenstandards) benannt und danach weitere LA in festgelegter Reihenfolge ausgeführt werden (**siehe Kapitel 4.3**).

Die vergangene MDK-Prüfung (Benotung von 1,3 – Landesdurchschnitt 2,5) sowie die Bewertung durch den Vincentz-Verlag (Verleihung von vier der fünf möglichen Sterne) stellen einen Erfolg der intensiven Arbeit an Strukturen und Versorgungsabläufen dar. Die gegenüber dem Vorjahr deutliche Weiterentwicklung schlägt sich in folgenden Bewertungen nieder:

UB/AF	Vor-Ort-Prüftermine	Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung (DS: nur Orientierung)			Ordnung, Sauberkeit, Hygiene			Konzepte und Standards			Pflegerisches / ärztliches / therapeutisches Management			Ergebnisqualität: (Pflege-)Zustand der BW / Pat.			Ergebnisqualität: Dokumentation			Durchschnitt (Pflegezustand doppelt gewichtet)				
		09	10	11	09	10	11	09	10	11	09	10	11	09	10	11	09	10	11	09	10	11		
PDOE	8.2.-9.2.2011	1	-	1	1	1	-	1	-	2	3	1-2	2-3	3	1-2	2	1-2	1	3	3	2	1,9	2,0	1,3 ↑

* Positive oder negative Vorzeichen weisen auf eine Tendenz hin, fließen aber nicht in die Endbewertung ein. Die Note 3 – 4 wird als 3,5 gewertet. Die Note der ‚Ergebnisqualität: (Pflege-)Zustand der BW / Pat.‘ wird doppelt gewertet und die Summe aller Noten durch 7 geteilt, um die Endnote zu errechnen.

Wie üblich, wird ein detaillierter Maßnahmenplan verfasst, der, laufend fortgeschrieben, im bestehenden GroupWise-Ordner eingestellt wird und auf den Herr Dietel Leserecht erhält.

Berlin, 28.3.2011

Andreas Dietel

Anhang

Anhang 1 – Revisionsplan: Interne Revision in Medizin und Pflege,

PDOE, 8.2. – 9.2.2011 _____ 34

Anhang 1 – Revisionsplan: Interne Revision in Medizin und Pflege, PDOE, 8.2. – 9.2.2011

<p>Allgemeines:</p>	<p>Auditoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frau Padelt, KHBE - Herr Dietel, SMG <p>Gesprächspartner: (Haupt-) Geschäftsführer und Vertretungen, zusätzliche Gesprächspartner nach Absprache (siehe unten).</p> <p>Dauer der Revision: 9.00 – 16.00 Uhr</p> <p>Medien / Vorbereitung: Bitte ein am Netzwerk angeschlossenes Laptop und einen Beamer im Besprechungsraum aufstellen. Das QM-Handbuch und alle elektronisch geführten Protokolle, Berichte, Dokumente etc. müssen über Beamer und Laptop während der gesamten Zeit eingesehen werden können. Zu allen gegebenen Anlässen (siehe unten) ebenso alle weiteren ggf. schon archivierten Unterlagen vorhalten, die beispielsweise für die Patientenakten wichtig sein könnten.</p> <p>Wir werden im Verlauf der Revision Patienten besuchen. Die sechs Patienten (SGB XI- / SGB V-Bereich) werden wir am Vormittag des ersten Tages als Zufallsstichprobe aus Ihrer Gesamtliste auswählen (tendenziell pflegeaufwendige Patienten). Die Akten von drei bis vier Patienten dieser Stichprobe werden wir eingehender behandeln, indem diese von ihren Bezugspflege(fach)kräften vorgestellt werden (siehe unten).</p>
<p>1. Tag:</p>	<p>Darstellung der Einrichtung anhand der ausgewählten Kriterien des Prüfkataloges / Nachweisdokumente / Begehung der Einrichtung</p> <p>9.00 – 9.05 Uhr Auswahl der Stichprobe aus der Gesamtanzahl der Patienten (→ Einverständniserklärung)</p> <p>9.05 – 9.30 Uhr Gesprächspartner – Allgemeines zur Einrichtung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - HG / GF / PDL / stv. PDL / QMB / Sozialdienst / Hauswirtschaft: Speiseversorgung, Reinigung, Wäschereiversorgung sowie ggf. weitere Gesprächspartner, die die Einrichtung auswählt. Bitte tragen Sie die Namen der Mitarbeiter und deren Funktion ein, ergänzen ggf. Personen, die Sie gerne bei einem Thema einschließen möchten und geben Sie uns den Plan zum Morgen des ersten Tages zurück bzw. übersenden die Datei an Herrn Dietel. - Was gibt es Neues? ggf. Managementbewertung 2010 / Projekte 2011 / Schwerpunkte 2011? <p>9.30 – 10.55 Uhr Sicherheit / Risikomanagement Unterlagen / Medien: Intranet, Protokolle / papiergestützte Dokumentation; Formulare der Risikoerfassung (Erstgespräch / Aufnahme), Visitenprotokolle → Maßnahmenpläne, Fortbildungspläne, Dienstpläne, Teilnehmerlisten etc., Nationale Expertenstandards. Schwerpunkte: Fehlermanagement, Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen, Hygienemanagement, Notfallmanagement, Arbeitsschutz / Gefährdungsanalysen; Risikoerfassung, Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen, Auswertung der Daten, Präsentation. Gesprächspartner: HG, PDL, QB, Sicherheitsbeauftragte / Hygienebeauftragte; ggf. Experten zum Sturz, zur Ernährung, zum Dekubitus, zu chronischen Wunden, zur Inkontinenz, Demenz etc.</p>

11.05 – 12.00 Uhr

Beratung / Angehörigenarbeit, Einarbeitung neuer Mitarbeiter / Ausbildung und Öffentlichkeitsarbeit

Unterlagen / Medien: Intranet, Dokumentation Beratung, ggf. Patientenakten, Beratungsprotokolle, Werbemittel.

Schwerpunkte: Beratungskonzept / ggf. Einbindung zusätzlicher Betreuungskräfte, Seelsorge, Angehörigenarbeit, Öffentlichkeitsarbeit, Einarbeitung neuer Mitarbeiter / Begleitung der Auszubildenden.

Gesprächspartner: HG, PDL, QB, Sozialdienst

12.00 – 13.00 Uhr Mittagspause

13.00– 14.00 Uhr

Erstkontakt / Erstgespräch, Aufnahme, Integration und Versorgung

Unterlagen / Medien: Intranet, Regelungen, Kennzahlen / Ergebnisstatistiken / Maßnahmenpläne, Regelung zur Ergebnispräsentation, Checklisten, Terminkalender, Wartelisten etc.

Schwerpunkte: Kooperationspartner / Lieferantenbewertungen, Integration in den Versorgungsprozess → Visiteregebnisse (Integrationsvisiten, Pflegevisiten etc.).

Gesprächspartner: (durch die Einrichtung ausfüllen)

14.00 – 15.00 Uhr

Begehung der Station / Einsicht in Patientenakten mit Prüfung ausgewählter Schwerpunkte (z.B. Medikamentenanordnung, Dekubitus-/Wundmanagement, Schmerzmanagement, Freiheitsentziehende Maßnahmen, Kontinenz, Ernährung)

15.00 – 15.55 Uhr

Auditorenzeit: Abstimmung / Durchsicht von Nachweisen, des Maßnahmenplans mit stichprobenartiger Kontrolle der Umsetzungen der Empfehlungen / Hinweise des letzten Revisionsberichtes / des Zertifizierungsberichtes.

15.55 Uhr

Zwischenergebnis Tag 1

2. Tag	Inaugenscheinnahme ausgewählter Patienten / Dokumentationsvisite
---------------	---

9.00 – 16.00 Uhr Gesamtdauer

9.00 – 9.15 Uhr

Vorschau / Allgemeines / Fragenklärung / Aufteilung auf die Bewohner

9.15 – 12.00 Uhr

Inaugenscheinnahme ausgewählter Patienten (→ Einverständniserklärung)

12.00 – 13.00 Uhr Mittagspause

13.00 – 15.00 Uhr

Dokumentationsvisite - Vorstellung **drei begutachteter Patienten** anhand der Akten **und ggf. mit Hilfe auch der archivierten Akten**

Zustand bei Aufnahme / Gegenwärtiger Zustand – Ursachen möglicher Veränderungen / von Schlüsselereignissen ableitbar - z.B. Sturz, Apoplex, Rückzug, Abnahme der Alltagskompetenz etc.? Erläuterung anhand der Unterlagen (Erstgespräch, Anamnese, Pflegeplanung und -bericht, Pflegevisiten, Fallbesprechungen, soziale Betreuung etc.) / Erläuterung der bestehenden Risiken (→ Nationale Expertenstandards), der abgeleiteten Maßnahmen sowie deren Ergebnisse.

Gesprächspartner: (durch Einrichtung ausfüllen)

Zusätzliche Gesprächspartner: Pflegefachkräfte, Pflegekräfte.

15.00 – 15.50 Uhr

Auditorenzeit - Nachweiseinsicht

	15.50 – 16.00 Uhr Abschlussbesprechung mit allen Teilnehmern und Interessierten / Rückmeldung an die Auditoren
--	--

A. Dietel
Referat Produkte