

Scheve Management
Referat Produkte

Pflegedienst Bethel Bad Oeynhausen:
Interne Revision in Medizin und Pflege
vom 03.04. – 04.04.2013

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

Bericht im Auftrag des Gesellschafters

Auditoren:

Andreas Dietel, Anna Byczek-Palfalusi, Monika Schmidt



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>Qualitätsmanagementsystem</i>	13
3.2.4	<i>Sicherheit</i>	15
3.3	Kernprozesse	16
3.3.1	<i>Pflege</i>	16
3.3.2	<i>Beratung und Betreuung</i>	20
4	Begutachtungen	21
4.1	Begutachtungen von Stationen	21
4.1.1	<i>Bürräume</i>	21
4.2	Begutachtungen von Patienten	24
4.2.1	<i>Patient 1</i>	24
4.2.2	<i>Patient 2</i>	25
4.2.3	<i>Patient 3</i>	26
4.2.4	<i>Patient 4</i>	27
4.2.5	<i>Patient 5</i>	28

4.2.6	<i>Patient 6</i>	29
4.2.7	<i>Patient 7</i>	30
4.2.8	<i>Patient 8</i>	31
4.2.9	<i>Patient 9</i>	32
4.3	Überprüfung der Dokumentation	33
5	Zusammenfassung	34
	Anhang	37

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
AO	Gebräuchliche Abkürzung für ‚Ärztliche Anordnung‘
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
AZ	Allgemeinzustand
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)

EVAP	Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflegerische Dienste
F	Feststellung – Sachstand nach Bewertung des Qualitätsmanagementhandbuches und seiner Anforderungen; als Überschrift der Anforderungen im Diakoniesiegel 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)
KL	Krankenhausleitung
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
KVP	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess
LA	Lebensaktivitäten (aus: Pflegemodell nach Roper)
LK	Leistungskomplexe
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), Überprüfungs- (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 Gastrostomie
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 Bethel-Einrichtungen ein hohes Qualitätsniveau zu sichern.

Anlassbezogen nehmen die Revisionen 1 – 3 Tage in Anspruch. Sie werden durch drei Auditoren des Geschafters 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 Bethel-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 (Diakonie-Siegel Pflege®). Bis Ende 2009 sind, bis auf eine Ausnahme, alle Einrichtungen zertifiziert worden, in den folgenden Jahren 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 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 entgegenzu-

kommen, werden bereits seit Anfang 2008 alle internen wie auch alle von der Heimaufsicht (im Folgenden: HA) und dem MDK erstellten Berichte im Internet vollständig 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).

Aufgrund der seit Jahren stabilen Ergebnisse auf hohem Niveau (vergleiche die Qualitätsberichte des Konzerns der letzten Jahre unter http://www.bethelnet.de/index2.php?site=ueberuns_qualitaetsentwicklung) wurden ab 2012 verstärkt ausgewählte Bereiche und Schwerpunkte der Einrichtungen geprüft sowie Stichproben gezogen. Bereiche, die in den Vorjahren bereits sehr gut aufgestellt waren, werden in 2013 nicht mehr geprüft sondern deren Bewertungen aus dem

Vorjahr übernommen und zusammen mit denen des laufenden Jahres zur Gesamtnote aggregiert (siehe Kapitel 5).

Der Zeitrahmen der Regel-Revisionen wird ab 2013 auf zwei Tage festgelegt, wobei jede Einrichtung nur noch einmal in drei Jahren geprüft wird. Um trotz der reduzierten Anzahl der Revisionen einen umfassenden Einblick in Strukturen und Prozesse der begangenen Einrichtungen sicherzustellen, wird die Auditorengruppe von zwei auf drei Auditoren aufgestockt.

Im folgenden Kapitel werden die Strukturdaten der Einrichtungen dargestellt.

2 Allgemeine Angaben zur Einrichtung

Datum der Prüfung	von: 03.04.2013	bis: 04.04.2013
Uhrzeit / Thema der Revisionstage		
1. Tag:	von: 09.00	bis: 17.00 Uhr
2. Tag	von: 09.00	bis: 17.00 Uhr
Anwesende Personen:		
Auditorengruppe:		
1. Herr Dietel, SMG		
2. Frau Schmidt, SZWI		
3. Frau Byczek-Palfalusi, PDWE		
Gesprächspartner der Einrichtung:		
1. Joachim Knollmann, Hauptgeschäftsführer		
2. Ilka Gottschalk, Geschäftsführerin / PDL		
3. Katja Malachowski, stellv. PDL		
4. Inken Heinemann, QMB		
Wann wurde die Einrichtung zuletzt von anderen Qualitätsprüfungsinstitutionen besucht		
November 2012, MDK		
Name und Träger der Einrichtung sowie verantwortliche Personen mit Angabe der Qualifikationen:		
Name der Einrichtung:	Pflegedienst Bethel Bad Oeynhausen	
Gesellschafter:	Diakoniewerk Bethel gemeinnützige GmbH	
Heimleiter / HG:	Joachim Knollmann	
PDL / Geschäftsführerin:	Ilka Gottschalk	
Stv. PDL:	Katja Malachowski	
Seit wann besteht die Einrichtung?		
2009		
Welche Zusatzleistungen / Spezialisierungen werden von der Einrichtung angeboten?		
1. Menüdienst		
2. Betreuungsleistungen		
Art der Einrichtung und Versorgungssituation		
Anzahl Patienten:		
Aktuelle Belegung:		
Auslastung in %:		

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

		Monat März 2013
a.	Wachkoma	0
b.	Beatmungspflicht	0
d.	Dekubitus	2
c.	Blasenkatheter	5
e.	PEG-Sonde	0
f.	Fixierung	4
g.	Kontraktur	31
h.	Vollständige Immobilität	3
i.	Tracheostoma	0
j.	MRSA	0
k.	Diabetes Mellitus	4

Struktur der Wohn- und Pflegebereiche / Stationen bzw. Patienten im Rahmen ambulanter Versorgung

	geht über Ebenen		Anzahl Wohnplätze				davon nach SGB XI eingestuft in Pflegestufe						
	1	>1	1	2	3	>3	Belegung / Versorgung Gesamt	0	I	II	III	Härtefälle	nicht eingestuft
Wohnbereich / Stat.								35	42	11	5		
Gesamt:			0				93	35	42	11	5	0	0

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

	ja	nein
stufenloser Eingang	x	
Aufzüge mit für Rollstuhlfahrer erreichbaren Bedienelementen	t.n.z	
Handläufe in den Fluren bds.	t.n.z	
Haltegriffe im Sanitärbereich	t.n.z	

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

	ja	nein
Behindertengerechtes Bad und Toilette auf jeder Etage	t.n.z.	
Fäkalienspüle auf jeder Etage	t.n.z.	
intakte und erreichbare Rufanlage	t.n.z.	
höhenverstellbare Pflegebetten (elektrisch/hydraulisch?)	t.n.z.	
rutschfester Fußboden	x	
Nachtbeleuchtung	t.n.z.	
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	2,00	40,00	80,00	1,00	10,50
Altenpfleger/-innen	1,00	40,00		0,00	40,00		
Pflegehilfskräfte ohne Qualifikation		0,00	4,00	80,00	80,00		
Pflegehilfskräfte mit Basisqualifikation		0,00	5,50	110,00	110,00	1,00	10,50
Auszubildende	2,00	80,00		0,00	80,00		
Gesamt:	4,00	160,00	11,50	230,00	390,00	2,00	21,00

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 1.5 Managementbewertung	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Insgesamt wurden sieben Kurzzeiterkrankungen im Jahr 2012 dokumentiert, dass sei für die Einrichtung nicht dramatisch, so die Pflegedienstleitung. N: Managementbewertung 2012	
F: Das Ziel der Einrichtung ist es, die derzeitige Fachkraftquote zu halten. N: Managementbewertung 2012	
Rückblick 2012 F: Es konnten neue Mitarbeiter gewonnen werden. F: Die Anzahl der zu versorgenden Patienten konnte gesteigert werden. F: Fokussierung der Öffentlichkeitsarbeit - Vertiefung der Patientenberatung. F: Regelmäßige Befragungen der Patienten und Zuweiser. F: Einführung des Mehrweggeschirrs im Menüdienst.	

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>Ausblick 2013</p> <p>F: Verstärkung der Beratungstätigkeit.</p> <p>F: Weitere Steigerung der Anzahl der Menükunden.</p> <p>F: Eine Mitarbeiterin erhält die Zusatzqualifikation zur Praxisanleiterin.</p> <p>F: Planung eines Ausflugs mit den Patienten und Angehörigen.</p> <p>F: Einführung von Dienstkleidung für die Menüfahrer.</p> <p>F: Pflegeordnungsgesetz: Verhandlungen zwischen Verbänden und Versicherungen finden zur Zeit statt. Im Moment sind noch keine Rahmenbedingungen formuliert, bspw. die Qualifikation der Betreuungskräfte, die Inhalte der Leistungen selbst etc.</p>	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 1.6 Kooperationen (3)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Kooperationspartner des Pflegedienstes sind u.a. die Werkstätten (für die Fahrzeuge), die Johanniter (für den Haus-Notruf), es existieren jedoch nur in wenigen Fällen Kooperationsverträge, in denen die Qualitätsniveaus festgelegt wurden.</p> <p>F: Aufgrund der Lieferantenbewertungen kam es in der Vergangenheit auch zum Wechsel der Lieferanten.</p>	<p>E: Qualitätsniveaus sollten in einer gegenseitig abgestimmten Kooperationsvereinbarung festgelegt werden.</p>

3.2.2 Personal

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.2.1 Dienst- und Tourenplanung (4)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Archivierungsfrist wird nicht geregelt.	H: Die Archivierungsfristen müssen gemäß der Bethelkonventionen angepasst werden (siehe VA zur Lenkung der Dokumente und Aufzeichnungen, F 3.2).

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.3.1 Stellen- und Aufgabenbeschreibung (1), M01 Ex. Altenpfleger/ ex. Krankenpfleger (1), M 06 Pflegehelfer (1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Gut: In den Stellenbeschreibungen werden die einzelnen Aufgaben in den Leistungsbereichen des ambulanten Pflegedienstes ausgeführt.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.3.2 Einarbeitung neuer Mitarbeiter	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Rückmeldungen zur Einarbeitung sind gut. Fehler / Lücken bei der Einarbeitung können nicht ausgeschlossen werden. F: Rückmeldungen beziehen sich auf die Planbarkeit der Einsätze - ideal wäre ein Springerpool (Bereitschaft) für unvorhergesehene Fälle und Einsätze.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.3.3 Ausbildung (1), M01 Anleitung / Begleitung von Auszubildenden (3)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Lernzielkataloge sind noch nicht vollständig erstellt. Nicht alle Ausbildungsstätten geben ihren Schülern Lernziele an die Hand.</p> <p>F: Schüler werden am Ende ihres Praktikums beurteilt.</p> <p>F: Rückmeldungen seitens der Ausbildungsstätte bezüglich der Qualität der Schülerbegleitung durch die Einrichtung fallen sehr positiv aus.</p> <p>F: Die Einrichtung bildet zur Zeit zwei Pflegefachkräfte aus - darüber hinaus werden jährlich ca. 8 - 12 Schülereinsätze in der Einrichtung durchgeführt.</p>	
<p>F: Bisher konnten keine früheren Auszubildenden als Fachkräfte gewonnen werden.</p> <p>F: Die Auszubildenden bewerten den Pflegedienst jedoch mit guten Noten.</p> <p>N: Managementbewertung 2012</p>	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.3.4 Fort- und Weiterbildung (3)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Das zentrale Fortbildungskonzept ist teilweise umgesetzt.</p> <p>F: In der VA sind die wesentlichen Abläufe zur Planung der Fort- und Weiterbildung benannt. Es wurden jedoch noch nicht die Eckpunkte des zentralen Fortbildungskonzeptes (vorgestellt auf der Führungskräftekonferenz 2012) eingearbeitet.</p> <p>N: Fortbildungsplan 2012</p>	<p>H: Das zentrale Fortbildungskonzept muss eingearbeitet und umgesetzt werden.</p>

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.3.4 Fort- und Weiterbildung (3)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Das Budget für 2012 wurde nicht ausgeschöpft. Es errechnet sich aus der Anzahl der versorgten Patienten in Abhängigkeit der erbrachten Leistungsstunden.	
F: Anhand einer Teilnehmerliste (Gesamtübersicht) ist ersichtlich, welcher Mitarbeiter noch nicht an Pflichtkursen teilgenommen hat.	
F: Anhand der Pflegevisiten wird die Wirksamkeit der Schulungen überprüft.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.3.5 Mitarbeitergespräche (3)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Mitarbeiter äußern sich in der anonymen Befragung zufrieden über die Einrichtung.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.3.6 Diakonische Angebote für Mitarbeiter (2)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: 2012 fand eine Fortbildung mit dem Titel "Aussegnung" statt.	

3.2.3 Qualitätsmanagementsystem

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.2 Lenkung von Dokumenten und Aufzeichnungen (3), M02 Aufbewahrungsfristen und Datensicherung (2)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Dienstpläne: Archivierungsfristen werden in der VA nicht ausgewiesen.	H: Konvention des Diakoniewerkes Bethel: Alle Dokumente, die mit der Patientenversorgung zusammenhängen: 30 Jahre, alle sonstigen: 10 Jahre. Dienstpläne müssen 10 Jahre archiviert werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.3 Fehlermanagement (3)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Im Bereich der Pflegedokumentation gibt es u.a. Lücken bei den Handzeichen im Leistungsnachweis, Beratungen werden nicht immer notiert usw.	H: Rückmeldungen der Hausärzte über den Umgang mit Komplikationen (hier: Patient zieht sich einen Dauerkatheter, Arzt meldet zurück, dass er - wenn sonst nichts passiert ist und ein neuer DK gelegt werden kann - nicht informiert werden möchte) müssen dokumentiert werden.
F: Gut: Die Regelung ist umfassend und führt exemplarisch mögliche Fehler und geeignete Maßnahmen auf.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.4 Korrektur- und Vorbeugungsmaßnahmen (1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die nächste Gefährdungsbeurteilung wird 2014 erstellt - 2012 wurde eine Gefährdungsbeurteilung zu Biostoffen durchgeführt. Die letzte umfassende Beurteilung stammt von 2009. F: Es gibt im Bereich der Arbeitsunfälle oder Erkrankungen keine Auffälligkeiten.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.5 Beschwerdemanagement	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Die Überprüfung der Wirksamkeit der Maßnahmen, die im Zusammenhang mit der Patientenbefragung aufgenommen wurden, findet beispielsweise im Rahmen der Pflegevisiten statt.</p> <p>F: Die Wirksamkeit der Maßnahmen im Zusammenhang mit Beschwerden werden durch die PDL kontrolliert.</p>	
<p>F: Die Beschwerden beziehen sich hauptsächlich auf den (ungewollten) Wechsel der Betreuungskräfte.</p> <p>F: Die Wirksamkeit der ergriffenen Maßnahmen wird durch die PDL überprüft.</p>	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.7 Bewohnerbefragung	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Die Überprüfung der Wirksamkeit der Maßnahmen, die im Zusammenhang mit der Patientenbefragung aufgenommen wurden, findet beispielsweise im Rahmen der Pflegevisiten statt.</p> <p>F: Die Wirksamkeit der Maßnahmen im Zusammenhang mit Beschwerden werden durch die PDL kontrolliert.</p>	

3.2.4 Sicherheit

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 4.2 Arbeitsschutz (2)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Es gibt im Bereich der Arbeitsunfälle oder Erkrankungen keine Auffälligkeiten.</p> <p>F: Jedem Mitarbeiter ist es überlassen, sich gegen Hepatitis impfen zu lassen.</p> <p>F: Protokolle werden von der Fachkraft für Arbeitssicherheit geführt - der Pflegedienst nimmt an den Sitzungen teil, die auch das Seniorenzentrum einschließen.</p> <p>F: Aufgrund der Mitarbeiterzahl des Pflegedienstes muss der Dienst keinen Sicherheitsbeauftragten ernennen.</p> <p>N: Protokolle der ASA-Sitzungen von 2012.</p>	<p>H: Die Protokolle müssen Verantwortlichkeiten und Maßnahmenverfolgung ausweisen.</p>

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 4.3 Brandschutz (2)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Der Brandschutz wird durch den Vermieter sichergestellt. Begehungen finden durch den dortigen Leiter der Technik statt bzw. werden vom Vermieter beauftragt. Ein Protokoll über die Ergebnisse liegt nicht vor.</p>	<p>E: Die Leitung sollte eine Kopie des Begehungsprotokolls bekommen.</p>

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 4.5 Hygiene (2), M01 Hygieneplan (1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Der Umgang mit Desinfektionsmitteln ist im Desinfektionsplan Pflege beschrieben.</p> <p>F: Es gibt einen Widerspruch zwischen dem hauseigenen Hygieneplan und dem, was sich in der Praxis der Verordnungen durch die Hausärzte 'eingeschlichen' hat: die Haut im Bereich der Punktionsstellen wird nicht desinfiziert.</p> <p>N: Desinfektionsplan Pflege.</p>	<p>H: Werden die Injektionen vom Pflegedienst appliziert, muss die Punktionsstelle desinfiziert werden (siehe RKI-Richtlinien / siehe hauseigener Hygieneplan). Die Einrichtung muss sich bspw. bei den Pflegekassen über verbindliche Regelungen erkundigen.</p>
<p>F: Desinfektionsmittel werden von der PDL über die entsprechende Firma angefordert (Händedesinfektionsmittel, Flächendesinfektionsmittel) und ausgeteilt.</p>	<p>E: Die Regelung sollte diesbezüglich ergänzt werden.</p>
<p>F: Gut: Der Hygieneplan ist auf die Anforderungen des Pflegedienstes zugeschnitten und gut verständlich.</p>	

3.3 Kernprozesse

3.3.1 Pflege

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.3 Erstkontakt, Erstgespräch (4), M01 Erstkontakt (2),	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Bei allen Aufnahmen werden seelsorgerische Aspekte erfragt - Informationsmaterial über das Angebot des Seniorenzentrums wird überreicht. Die Wünsche werden im Stammbblatt (z.B. Wünsche bezüglich des Seelsorgers) sowie in der Anamnese vermerkt.</p>	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.5 Pflegeprozess, Pflegeplanung (4)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: In der Pflegeplanung finden Evaluationen statt. Diese sind standardmäßig auf 3 Monate festgelegt. Die Zeiträume sind in den vorliegenden Patientenakten nicht vom tatsächlichen Zustand abhängig.	H: Die Evaluationszeitpunkte müssen sich am Zustand der Patienten orientieren. Bei instabilen Patienten muss häufiger evaluiert, bei stabilen Patienten mit bekannten Problemen können weiter auseinanderliegende Zeitpunkte gewählt werden.
F: Dokumentationsprüfung: Biographiebogen vorhanden, ausgefüllt, Risikoassessment vorhanden. Im Bericht ist erkennbar, wann die Planung evaluiert wurde. Wurden Risiken erkannt, wurde hierzu eine Planung angelegt. N: Patientenakte, Frau E. Sch.	
F: Dokumentationsprüfung: Sturzmanagement: Das Risiko wurde erkannt und bewertet. Es fanden Beratungen und Evaluationen der Planung statt. Planung und Bericht sind aufeinander abgestimmt. F: Das Sturzrisiko wurde auf mehreren Formularen bewertet: 'Risiko kompakt', 1048, und 'Sturzrisiko', 1059. F: Die Beratung zum Sturzrisiko wurde auf dem Formular 1059 verzeichnet und zum anderen auf Formular 'Beratung/Vereinbarungen', 1151. F: Ein Medikamentenplan wurde angelegt, obwohl bei der Patientin lediglich Antithrombose-Strümpfe angelegt werden. N: Patientenakte G. Ech.	E: Das Sturzrisiko wurde auf mehreren Formularen erhoben und bewertet, die Beratungen auf mehreren Bögen dokumentiert. Hier sollte die Einrichtung über die Verringerung der eingesetzten Formulare nachdenken (Beispielsweise könnte der Risikoerfassungsbogen "Risiken kompakt" zusammengefasst und selbst produziert werden).
F: Gut: Auch bei 'kleinen Leistungen' (z.B. Applikation einer Insulininjektion) wird ein umfassendes Assessment zu Beginn der Pflege durchgeführt und im Abstand von drei Monaten wiederholt.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.9 Umgang mit Medikamenten (2)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: BTM werden immer beim Patienten aufbewahrt. Hierzu werden sogenannte abschließbare "Medi-Safes" verwendet.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.10 Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen (3), K1.10M03Beratung freiheitsentz. Maßnahmen.	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: VA und Beratungsunterlagen geben Auskunft über Möglichkeiten und Maßnahmen der Einrichtung im ambulanten Bereich.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.11 Pflegevisite	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Alle Pflegevisiten werden innerhalb von zwei bis drei Wochen ausgewertet.</p> <p>F: Verbesserungspotentiale gibt es bspw. bei den Assessments (Schmerzen, Dekubitusrisiko etc.) - diese Bereiche werden häufig nicht bewertet.</p> <p>F: Die Ergebnisse der Integrationsvisiten fallen im Bereich der Dokumentation deutlich besser aus. Dies sind bereits Auswirkungen der Schulungen des Personals.</p> <p>F: Gut: Die Ergebnisse weisen die Verbesserungspotentiale aus, die der MDK Ende 2012 ebenfalls feststellte - dies ist eine Bestätigung der Güte der Pflegevisiten: bei regelmäßiger Durchführung werden Verbesserungspotentiale deutlich, für die gezielte Maßnahmen ergriffen werden können.</p>	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.11 Pflegevisite	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Der Umfang der Leistungen, die bei Patienten erbracht werden, wird bspw. durch die Mitarbeiter überprüft (z.B. wenn der Zeitrahmen bei Patienten nicht ausreicht oder Angehörige weitere Leistungen wünschen). Aufgrund der Rückmeldungen passt die PDL die Leistungen an, wenn die Pflegekassen diese übernehmen.	
F: Teilweise werden die Beratungen nicht ausreichend dokumentiert. Für die Beratungen gibt es ein Formular von GODO, auf dem Inhalte (z.B. Dekubitusrisiko, Schmerzrisiko) festgelegt werden. N: Schmerzmanagement - Informationen zum Aushändigen (siehe auch: Dokumentationsvisiten)	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.13 Verhalten in Notfallsituationen (1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: 2012 gab es acht Notfälle pflegerischer Art (z.B. Stürze) - es gab keine medizinischen Notfälle.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.14 Umgang mit Sterben und Tod (2)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Rituale Angehöriger der Religionsgruppen werden durch die Mitarbeiter beachtet - in der Regel werden diese jedoch durch die Angehörigen selbst gestaltet.</p> <p>F: Hinterbliebene bekommen eine Trauerkarte. Wenn möglich nimmt ein Mitarbeiter an der Beerdigung des Verstorbenen teil.</p> <p>F: Fortbildungen für Mitarbeiter zum Thema werden angeboten (2012: Aussegnung).</p> <p>F: Im Rahmen des Netzwerks Palliativversorgung werden Betreuungshelfer eingesetzt, die die Schwerkranken und Sterbenden begleiten.</p>	

3.3.2 Beratung und Betreuung

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 3.2 Soziales Betreuungskonzept	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Inhalt und Bezahlung von zusätzlichen Betreuungsleistungen, die laut Gesetz seit dem 1.1.2013 angeboten werden sollen, sind durch die Pflegekassen noch nicht festgelegt - hier stehen Verbände und Pflegekassen zur Zeit noch in Verhandlungen.</p>	

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

4 Begutachtungen

4.1 Begutachtungen von Stationen⁴

4.1.1 Büroräume

Datum:	04.04.2013
Begleitpersonen / Leitungen:	Fr. Schmidt, Fr. Gottschalk, Fr. Heinemann, Hr. Dietel, Fr. Byczek, Palfalusi, Fr. Malachewski

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* (z.B. Ordner der Medizinprodukte - Wartungs- und Kontrollsystem. Mögliche Nachweise Anzahl, Art, Betriebsanleitungen bzw. Gebrauchsanleitungen)*	t.n.z.
	Notfallausstattung*	iO
	Funktionskontrolle der Medizinprodukte durch die Mitarbeiter des Bereiches*	iO
	Beachtung des Datenschutzes*	iO
	Überwachung der Kühlschranktemperatur (dokumentiert?)	iO
F 4.5 Hygiene**	Ausstattung Pflegewagen* / Arbeitsmittel im ausreichenden Umfang (Handschuhe, Händedesinfektionsmittel etc.) vorhanden?*	t.n.z.
	Sauberkeit / Pflege der Rollstühle, Lifter und anderer Hilfsmittel*	t.n.z.
	Veröffentlichung von Sicherheitsanweisungen, z.B. Verhalten im Notfall*	iO
	Erforderliche Hygienemaßnahmen bei Isolierten (Schutzkleidung, Hauben, Mundschutz, Handschuhe, Einmalkittel, Wäsche, Abwurf, Reinigung)?*	iO
	Umgang mit reinem / unreinem Arbeitsraum / Arbeitsmitteln*	iO

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

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
	Lagerungshilfsmittel*	iO
	Lagerung der Verbandsmaterialien / Sterilgut*	iO
	Kleidung der Mitarbeiter*	iO
	Gesamteindruck Sauberkeit und Hygiene **	iO
K 1.9 Umgang mit den Medikamenten*	Die Medikamentenschränke sind abschließbar / Lagerung in Medikamentenkühlschränken bei Bedarf.*	t.n.z.
	Sachgemäße Lagerung / Aufbewahrung (Beschriftungen nach Anbruchs- und Verfallsdatum mit Jahreszahl* / Entsorgung der Medikamente (und Spritzenbestecke)*	t.n.z.
	Kontrollliste Lagergut und Medikamente*	t.n.z.
	Entsprechen die gestellten Medikamente denen, die der Arzt angeordnet hat (Abgleich Medikamente / Verordnung)?*	t.n.z.
	BTM – Buch und Aufbewahrung (Vollständigkeit) / Verblisterung / Vier-Augen-Prinzip*	t.n.z.
K 2.2 Wohnraumgestaltung **	Gestaltung der Gemeinschaftsräume**	t.n.z.
	Gestaltung der Außenbereiche - Balkone / Gehwege / Bepflanzungen**	iO
	Erscheinungsbild der Flure / Gestaltung der Sitzgelegenheiten / Informationstafeln etc.**	iO
	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)**	iO
	Gerüche?*	Keine.
	Sanitärbereiche und Funktionsräume**	iO
	Sauberkeit und Ordnung in Gemeinschaftsräumen**	t.n.z.
	Sauberkeit der Umgebung: Fenster, Sonnenschutz / Jalousien **	iO
	Sauberkeit Verteilerküchen**	t.n.z.
U 1.5 Beschaffung und Lagerung		iO
Diakonisch-Kirchliche Angebote *	Leitbilder gut sichtbar und bewohnerorientiert angebracht?*	iO
	Ausstattung der Bewohnerzimmer / Büros mit Neuem Testament (NT)*	t.n.z.
	Angebotsübersicht gut sichtbar?*	iO
	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?*	t.n.z.

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
Sonstiges	Namenschilder?	iO
	FeM: Bei Freiheitsentziehenden Maßnahmen: liegt Gerichtsbeschluss vor? (Stichprobe)*	iO
	Handzeichenlisten aktuell? (Stichprobe: von der HZ-Liste zum Dienstplan zur Akte - Übereinstimmung?)*	iO - die Kontrolle der Führerscheine sollte zweimal jährlich erfolgen. Die Einrichtung sollte abklären, ob es einschlägige Empfehlungen des Verbandes gibt.
	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*	iO
	Rufanlage in jedem Zimmer vorhanden / Nachtbeleuchtung*	iO
	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?	k.B.
	Kennen Sie die Ziele Ihrer Einrichtung? Kennen Sie die Ihrer Abteilung für dieses Jahr? Wissen Sie, wo Sie im Moment stehen?	k.B.
		Dienst- / Tourenplanung - Kap. 4.1.1
	Interne Kommunikation - Kap. 4.1.1	
	Datenschutz - Kap. 4.3 (k113f)	
Gesamtbewertung**		Die Räumlichkeiten sind sehr ordentlich und gepflegt. Die nachgefragten Unterlagen konnten vorgelegt werden. Die Sicherheitsvorschriften werden beachtet, die Organisation der Versorgung ist umfassend.

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:	4.4.13		Geb. Datum:		
Name, Vorname:			Bereich / Abteilung:		
Betreuung:			Pflegestufe:	1	
Derzeitige Situation:	Leistungen: 2 x wöchentlich Duschen, alle 14 Tage hauswirtschaftliche Leistungen, 2x täglich Medikamentenverabreichung - An- und Ausziehen der Antithrombosestrümpfe.				
Medizinische Diagnosen:	Polyneuropathie unklarer Genese mit Schwindelanfällen - Sturzgefährdung mit Stürzen in der Vergangenheit (Verletzungsgrad 2 - Platzwunden).				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:	iO	Augen:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	Keine Inspektion.	Zahnfleisch:	Keine Inspektion.
Zunge:	Keine Inspektion.	Achseln:	Keine Inspektion.	Ellenbogen:	Keine Inspektion.
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:	Keine Inspektion.
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.	ggf. Ödeme:	t.n.z.
Wunden:	t.n.z.	Orientierung:	Vollständig orientiert.	Schmerzen:	t.n.z.
DK:	t.n.z.	IKM:	Keine Inspektion.		
Atmosphäre:	t.n.z.	Bett (auch: höhenverstellbar)	Keine Inspektion.	Wandschmuck/Bilder	t.n.z.
Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel	t.n.z.	Gerüche:	t.n.z.	Kleidung:	t.n.z.
Nasszelle / WC:	t.n.z.	Möbiliar:	t.n.z.		
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):			Essen:	Bekommt regelmäßig die Menüs nach Hause - das Essen ist warm - Beschwerden führen zu Veränderungen. Als das Essen mal vergessen wurde, hat der Küchenchef es persönlich ins Haus gebracht.	
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):			Pflegerische Versorgung:	"Die Mitarbeiter müssten sich mehr Zeit nehmen."	
Medizinische Versorgung:			Therapeutische Anwendungen:		
Sollte etwas verbessert werden?	"Eigentlich nicht."		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Angemessen, zugewandt.	
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?					
Gesamteindruck / Bewertung:	Patient hat den Pflegedienst durch die Kurzzeitpflege im Seniorenzentrum kennengelernt. Er bezieht auch den Menüdienst und ist sehr zufrieden.		+ / -		

4.2.2 Patient 2

Datum:	4.4.13		Geb.Datum:		
Name, Vorname:			Bereich / Abteilung:		
Betreuung:			Pflegestufe:	1	
Derzeitige Situation:	Grundpflege morgens und abends (Teilwäsche) - Hilfe bei der Ausscheidung (kontinent), wird durch Angehörige versorgt und bleibt, soweit es dem Patienten möglich ist, selbstständig. Kontrakturen- und Sturzrisiko vorhanden.				
Medizinische Diagnosen:	Multiple Sklerose, suprapubischer Katheter.				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:	iO	Augen:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	Keine Inspektion.	Zahnfleisch:	Keine Inspektion.
Zunge:	Keine Inspektion.	Achseln:	Keine Inspektion.	Ellenbogen:	Keine Inspektion.
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:	Keine Inspektion.
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.	ggf. Ödeme:	t.n.z.
Wunden:	t.n.z.	Orientierung:	Vollständig orientiert.	Schmerzen:	t.n.z.
DK:	t.n.z.	IKM:	Keine Inspektion.		
Atmosphäre:	t.n.z.	Bett (auch: höhenverstellbar)	Keine Inspektion.	Wandschmuck/Bilder	t.n.z.
Sauberkeit Zimmer / Nachtsiche / Hilfsmittel	t.n.z.	Gerüche:	t.n.z.	Kleidung:	t.n.z.
Nasszelle / WC:	t.n.z.	Mobiliar:	t.n.z.		
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):			Essen:	"Das vegetarische Menü ist sehr lecker."	
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):			Pflegerische Versorgung:	"Ich bin mit allen Mitarbeitern sehr zufrieden."	
Medizinische Versorgung:			Therapeutische Anwendungen:		
Sollte etwas verbessert werden?	"Ich bin sehr zufrieden."		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Angemessen, zugewandt.	
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?					
Gesamteindruck / Bewertung:	Der Patient kam auf Empfehlung eines Bekannten zum Pflegedienst und ist sehr zufrieden mit den Leistungen. Er bezieht den Menüdienst (vegetarisch), weil er nicht mehr selbst kochen kann - auch das Essen schmeckt ihm sehr gut.		+ / -		

4.2.3 Patient 3

Datum:	4.4.13		Geb. Datum:		
Name, Vorname:			Bereich / Abteilung:		
Betreuung:			Pflegestufe:	3	
Derzeitige Situation:	Bewegungseingeschränkt - Mobilisation in den Rollstuhl und ins Bett (je nach Tageszeit) - benötigt Unterstützung in allen ATL (durch Angehörige und den Mitarbeitern des Pflegedienstes), dekubitusgefährdet, kontrakturgefährdet, Sturzrisiko vorhanden (bei den Transfers). Inkontinent (Blasendauerkatheter). Zeitweise Schmerzen. Benötigt teilweise subkutane Infusionen - bekommt 'Kraftnahrung', die der Patient auch gerne isst.				
Medizinische Diagnosen:	Allgemeine körperliche Schwäche. Durchblutungsstörungen, Diabetes mellitus.				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:	iO	Augen:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	t.n.z.	Zahnfleisch:	iO
Zunge:	iO	Achseln:	iO	Ellenbogen:	iO
Finger / Fingernägel	Lange Fingernägel.	Schulterblätter:	iO	Brust:	iO
Bauchnabel:	iO	Hüften:	iO	Gluteal / Sakral	iO
Analgegend:	iO	Leistenbereich:	iO	Intimbereich:	iO
Fuß/Ferse/Fußnägel:	Keine Inspektion.	Zehenzwischenräume:	Keine Inspektion.	Hautzustand:	Sehr gut - kleine rote Stelle an re. Schulter, weil der Patient sich immer wieder auf diese zurücklegt.
Ernährungszustand:	Ausreichend - jedoch 'unter Beobachtung' der pflegenden Angehörigen.	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.	ggf. Ödeme:	t.n.z.
Wunden:	t.n.z.	Orientierung:	Keine adäquaten Äußerungen.	Schmerzen:	Laut Angehöriger teilweise Schmerzen - Verabreichung der Bedarfsmedikation in eigener Verantwortung.
DK:		IKM:	Vorlagenhose.		
Atmosphäre:	t.n.z.	Bett (auch: höhenverstellbar)	Sauber.	Wandschmuck/Bilder	t.n.z.
Sauberkeit Zimmer / Nachtsiche / Hilfsmittel	t.n.z.	Gerüche:	t.n.z.	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):	Es war wichtig, das der Pflegedienst diakonisch ist.		Pflegerische Versorgung:	Die Zeiten, zu denen die Mitarbeiter erscheinen, sind für mich wichtig. Ich habe den Pflegedienst gewechselt, weil beim anderen häufig unterschiedliche Mitarbeiter kamen - und auch zu verschiedenen Zeiten. Da ist der Pflegedienst Bad Oeynhausen verlässlich.	
Medizinische Versorgung:			Therapeutische Anwendungen:		
Sollte etwas verbessert werden?			Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:		
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?	Gegen das Kontrakturrisiko sollte nochmals geklärt werden, ob regelmäßige Bewegungen (Physiotherapie) geeignet werden.				
Gesamteindruck / Bewertung:	Der Pflegedienst wurde empfohlen - die Angehörige ist sehr zufrieden, weil die Versorgung regelmäßig und in guter Qualität stattfindet. Das Personal wechselt nicht sehr häufig. Der Patient wird pflegerisch sehr gut versorgt.				

4.2.4 Patient 4

Datum:	4.4.13			Geb. Datum:	
Name, Vorname:				Bereich / Abteilung:	
Betreuung:				Pflegestufe:	1
Derzeitige Situation:	Patientin hat Schmerzen im re. Arm und Schulter (Arthrose), ist sturzgefährdet und kann sich nicht alleine waschen und ankleiden. Die Medikamentenversorgung wird übernommen.				
Medizinische Diagnosen:	Z.n. Humerusfraktur, Bypass, Hüft-OP bds.				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:	iO	Augen:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	iO	Zahnfleisch:	iO
Zunge:	iO	Achseln:	iO	Ellenbogen:	iO
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	iO	Brust:	iO
Bauchnabel:	iO	Hüften:	iO	Gluteal / Sakral	iO
Analgegend:	iO	Leistenbereich:	iO	Intimbereich:	iO
Fuß/Ferse/Fußnägel:	iO	Zehenzwischenräume:	iO	Hautzustand:	iO
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.	ggf. Ödeme:	
Wunden:	Keine.	Orientierung:	iO	Schmerzen:	Re. Arm und Schulter.
DK:	t.n.z.	IKM:	t.n.z.		
Atmosphäre:		Bett (auch: höhenverstellbar)		Wandschmuck/Bilder	
Sauberkeit Zimmer / Nachtsiche / Hilfsmittel		Gerüche:		Kleidung:	
Nasszelle / WC:		Mobiliar:			
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):			Essen:	Sie bekommt Essen vom SZ und ist sehr zufrieden.	
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):			Pflegerische Versorgung:	Sie ist sehr zufrieden mit der pflegerischen Versorgung und hat keine Wünsche.	
Medizinische Versorgung:			Therapeutische Anwendungen:		
Sollte etwas verbessert werden?			Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:		
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?	Risikofaktoren alle erfasst, es besteht nur ein Sturzrisiko; Pflegeplanung aussagekräftig, sie bekommt Schmerzmedikamente und hat damit keine Schmerzen.				
Gesamteindruck / Bewertung:	Sie ist sehr zufrieden mit ihrer pflegerischen Versorgung, mit der Hauswirtschaft und dem Essen.			+ / -	

4.2.5 Patient 5

Datum:	4.4.13		Geb.Datum:		
Name, Vorname:			Bereich / Abteilung:		
Betreuung:	Sohn hat eine Vollmacht.		Pflegestufe:	1	
Derzeitige Situation:	Der Patient braucht Hilfe beim Waschen und Ankleiden, aufgrund eingeschränktem AZ bei CA.				
Medizinische Diagnosen:	Blasen-Ca, Hypertonie, Osteoporose.				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:	iO	Augen:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	iO	Zahnfleisch:	iO
Zunge:	iO	Achseln:	iO	Ellenbogen:	iO
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	iO	Brust:	iO
Bauchnabel:	iO	Hüften:	iO	Gluteal / Sakral	iO
Analgegend:	iO	Leistenbereich:	iO	Intimbereich:	iO
Fuß/Ferse/Fußnägel:	iO	Zehenzwischenräume:	iO	Hautzustand:	iO
Ernährungszustand:	Reduziert.	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.	ggf. Ödeme:	t.n.z.
Wunden:	Keine.	Orientierung:	iO	Schmerzen:	In Beinen u. Bauch, bek. Medikamente, ist aber nie schmerzfrei.
DK:	t.n.z.	IKM:	t.n.z.		
Atmosphäre:		Bett (auch: höhenverstellbar)		Wandschmuck/Bilder	
Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel		Gerüche:		Kleidung:	
Nasszelle / WC:		Möbiliar:			
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):			Essen:	Bekommt Essen vom Menüdienst.	
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):	Zufrieden, Teilnahme im SZ wird durch den Pflegedienst angeboten.		Pflegerische Versorgung:	Er ist mit der pflegerischen Versorgung sehr zufrieden.	
Medizinische Versorgung:	Sehr zufrieden mit der behandelnden Urologin.		Therapeutische Anwendungen:		
Sollte etwas verbessert werden?	Häufige Wechsel vom Pflegepersonal nicht gewünscht, hat sich aber laut Aussage Herrn Witthus verbessert.		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:		
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?	Es sollte ein Rollator angeschafft werden, aufgrund der Sturzgefährdung. Die Wünsche bzgl. der Körperpflege fehlen und es ist zu überlegen, ob eine Schmerzerfassung geführt wird.				
Gesamteindruck / Bewertung:	Sehr gute pflegerische Versorgung.		+ / -		

4.2.6 Patient 6

Datum:	4.4.13		Geb.Datum:		
Name, Vorname:			Bereich / Abteilung:		
Betreuung:	Vollmacht Schwiegersohn.		Pflegestufe:	2	
Derzeitige Situation:	Die Patientin hat eine fortgeschrittene Demenz und braucht Hilfe in allen ATL.				
Medizinische Diagnosen:	Demenz, Z.n.Apoplex, Hemiparese li., art.Hypertonie.				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:	iO	Augen:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	iO	Zahnfleisch:	iO
Zunge:	iO	Achseln:	iO	Ellenbogen:	iO
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	iO	Brust:	iO
Bauchnabel:	iO	Hüften:	iO	Gluteal / Sakral	iO
Analgegend:	iO	Leistenbereich:	iO	Intimbereich:	iO
Fuß/Ferse/Fußnägel:	iO	Zehenzwischenräume:	iO	Hautzustand:	iO
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.	ggf. Ödeme:	t.n.z.
Wunden:	Keine.	Orientierung:	Eingeschränkt, örtl., situativ, zeitl.	Schmerzen:	t.n.z.
DK:	t.n.z.	IKM:	Einlagen.		
Atmosphäre:		Bett (auch: höhenverstellbar)		Wandschmuck/Bilder	
Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel		Gerüche:		Kleidung:	
Nasszelle / WC:		Mobiliar:			
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Spaziergänge werden von Pflegemitarbeitern angeboten.		Essen:	Menüdienst - schmeckt sehr gut.	
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):			Pflegerische Versorgung:	Laut Ehemann sehr zufrieden.	
Medizinische Versorgung:	Laut Ehemann sehr unzufrieden mit der Hausärztin.		Therapeutische Anwendungen:		
Sollte etwas verbessert werden?			Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:		
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?					
Gesamteindruck / Bewertung:	Die Patientin wurde entsprechend der Bedürfnisse pflegerisch sehr gut versorgt.		+ / -		

4.2.7 Patient 7

Datum:	4.4.13			Geb.Datum:	
Name, Vorname:				Bereich / Abteilung:	
Betreuung:				Pflegestufe:	2
Derzeitige Situation:	Patientin wohnt im Betreuten Wohnen am Seniorenzentrum Bethel, das ihr von einem ehemaligen Mitarbeiter empfohlen wurde. Bei der Patientin wird die Medikamentengabe durch eine Pumpe durchgeführt - s.c.-Infusion. Patientin wird mit hauswirtschaftlichen Leistungen, Einkäufen und auch Ganzwaschungen 2x wöchtl. in der häuslichen Umgebung unterstützt.				
Medizinische Diagnosen:	Morbus Parkinson.				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:	Keine Inspektion.	Augen:	Keine Inspektion.
Lippen:	iO	Zähne:	Keine Inspektion.	Zahnfleisch:	Keine Inspektion.
Zunge:	iO	Achseln:	Keine Inspektion.	Ellenbogen:	Keine Inspektion.
Finger / Fingernägel	Etwas zu lang.	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:	Keine Inspektion.
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.	ggf. Ödeme:	t.n.z.
Wunden:	t.n.z.	Orientierung:	Vollständig.	Schmerzen:	Keine Angaben.
DK:	t.n.z.	IKM:	t.n.z.		
Atmosphäre:	k.B.	Bett (auch: höhenverstellbar)	iO	Wandschmuck/Bilder	k.B.
Sauberkeit Zimmer / Nachtsiche / Hilfsmittel	k.B.	Gerüche:	k.B.	Kleidung:	k.B.
Nasszelle / WC:	k.B.	Mobiliar:	k.B.		
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):			Essen:	Pflegedienst kauft für Patientin ein. Sie möchte für sich selbst kochen, solange sie es kann.	
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):	Fr. O. wird zu den Gottesdiensten abgeholt.		Pflegerische Versorgung:	Sehr zufrieden.	
Medizinische Versorgung:			Therapeutische Anwendungen:		
Sollte etwas verbessert werden?	Patientin ist sehr zufrieden, die Mitarbeiter sind pünktlich. "Der Pflegedienst hat einen 5-ten Stern verdient."		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:		
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?	Nein.				
Gesamteindruck / Bewertung:	Patientin ist sehr zufrieden, MA sind pünktlich. "Der Pflegedienst hat einen 5-ten Stern verdient."		+ / -		

4.2.8 Patient 8

Datum:	4.4.13		Geb.Datum:		
Name, Vorname:			Bereich / Abteilung:		
Betreuung:			Pflegestufe:	1	
Derzeitige Situation:	Ganzkörperwaschung / Ausscheidung 1x täglich. Inkontinent, Sturzrisiko vorhanden.				
Medizinische Diagnosen:	Arterielle Hypertonie, Synkopen. Nierenzysten bds.				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:	iO	Augen:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	Keine Inspektion.	Zahnfleisch:	Keine Inspektion.
Zunge:	iO	Achseln:	Keine Inspektion.	Ellenbogen:	Keine Inspektion.
Finger / Fingernägel	Keine Inspektion.	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:	iO	PEG/Sondennahrung:	Keine Inspektion.	ggf. Ödeme:	t.n.z.
Wunden:	t.n.z.	Orientierung:	Vollständig orientiert.	Schmerzen:	t.n.z.
DK:	t.n.z.	IKM:	Offen.		
Atmosphäre:	t.n.z.	Bett (auch: höhenverstellbar)	Sauber.	Wandschmuck/Bilder	t.n.z.
Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / 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:		
Medizinische Versorgung:			Therapeutische Anwendungen:		
Sollte etwas verbessert werden?	"Nein, es ist alles prima."		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Angemessen, zugewandt.	
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?					
Gesamteindruck / Bewertung:	Die Patientin wird sehr gut versorgt. Auf den Pflegedienst wurde die Patientin aufmerksam, weil sie sich in der Kurzzeitpflege des Seniorenzentrums befand.		+ / -		

4.2.9 Patient 9

Datum:	4.4.13		Geb.Datum:		
Name, Vorname:			Bereich / Abteilung:		
Betreuung:			Pflegestufe:	3	
Derzeitige Situation:	Bettlägerig - wird auf die Bettkante mobilisiert; wenig Appetit - Obstipationsprophylaxe, Dekubitus, Phantomschmerz rechtes Bein.				
Medizinische Diagnosen:	Beinamputation rechts (Kriegsverletzung). Zustand nach Apoplex und Herzinfarkt.				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:	iO	Augen:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	iO	Zahnfleisch:	iO
Zunge:	iO	Achseln:	Keine Inspektion.	Ellenbogen:	Keine Inspektion.
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:	iO	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.	ggf. Ödeme:	t.n.z.
Wunden:	Dekubitus am Steiß.	Orientierung:	iO	Schmerzen:	Phantomschmerzen re. Bein.
DK:	t.n.z.	IKM:	k.B.		
Atmosphäre:		Bett (auch: höhenverstellbar)	iO	Wandschmuck/Bilder	
Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel		Gerüche:		Kleidung:	
Nasszelle / WC:		Mobiliar:			
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):			Essen:		
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):			Pflegerische Versorgung:		
Medizinische Versorgung:			Therapeutische Anwendungen:		
Sollte etwas verbessert werden?			Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:		
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?	Trotz vorhandenem und behandeltem Dekubitus liegt kein Wundprotokoll vor - wenn die Angehörige die Wundversorgung vornimmt, muss dies dokumentiert werden.				
Gesamteindruck / Bewertung:	Der Patient wird pflegerisch sehr gut versorgt. Kam wegen guter Erfahrungen des Bekanntenkreises zur Einrichtung.		+ / -		

4.3 Überprüfung der Dokumentation

Die Vollständigkeit und Aussagekraft der Dokumentation wurde mittels Stichproben, die aus der Gesamtzahl der Akten gezogen wurden und deren Auswahl entlang ausgewählter Prozesse (Sturz-, Schmerz-, Dekubitusmanagement, Freiheitsentziehende Maßnahmen usw.) stattfand, bewertet (**siehe Kapitel 3**).

5 Zusammenfassung

Die Verantwortlichen präsentierten den Stand ihrer Einrichtung. Die Arbeitsatmosphäre war sehr angenehm für die Auditoren und geprägt von Kollegialität.

Die Einrichtung hat ihr sehr gutes Qualitätsniveau gehalten und ausgebaut. Das Qualitätsmanagementhandbuch ist verständlich und gut lesbar verfasst.

Die Umsetzung der Regelungen lässt sich in allen geprüften Bereichen nachvollziehen. Die Aufarbeitung der Pflegevisitenergebnisse weist den Sachstand der Versorgungsleistungen und der Dokumentationsqualität aus. Die Managementbewertung enthält nachvollziehbare Ziele und Maßnahmen, die im Zuge der Ergebnisse des vergangenen Jahres festgelegt wurden.

Die erfolgreiche Leitung der Einrichtung spiegelt sich auch in einer Zunahme der Versorgungsaufträge sowie in der gestiegenen Mitarbeiterzufriedenheit (hier: Ergebnisse der anonymen Mitarbeiterbefragung 2012) wider.

Das zentrale Fortbildungskonzept, das 2012 auf der Führungskräftekonferenz präsentiert wurde, ist noch nicht umgesetzt: Beispielsweise muss der Fortbildungsplan auf zwei Jahre angelegt, bestimmte Schwerpunktthemen angeboten und Fortbildungen mit Fortbildungspunkten für Mitarbeiter, die an der freiwilligen Registrierung teilnehmen, versehen werden **(siehe Kapitel 3)**.

Die Büroräume sind sauber und ordentlich, die Schränke für Arbeitsmittel aufgeräumt und gut sortiert. Der Hygieneplan, dessen Urfassung vom Robert-Koch-Institut (RKI) stammt, wurde auf die Bedürfnisse der Einrichtung zugeschnitten **(siehe Kapitel 3 und 4.1)**.

Die hauseigenen Hygienerichtlinien, die auf denen des RKI basieren, müssen immer dann vollständig umgesetzt werden, wenn nicht die Patienten sondern die Mitarbeiter Medikamente applizieren (hier: die Desinfektion der Punktionsstellen für subkutane Heparin-Injektionen, die von Patient und Hausarzt für unnötig erachtet wurde).

Lehnt ein Patient die sach- und fachgerechte Injektion ab – hier: die Wiederverwendung von Einmal-Injektionskanülen – muss über die Risiken sowie den Unsinn der Wiederverwendung der Kanülen **schriftlich** aufgeklärt werden (z.B. Gefahr der Entstehung eines Sprit-

zenabszesses). Zur weiteren Absicherung der Mitarbeiter sollte der Patient diese Aufklärung unterschreiben.

Alle besuchten Patienten waren mit ihrer Versorgung zufrieden und wurden pflegerisch sehr gut versorgt. Bemerkenswert ist, dass die Mehrheit der Besuchten bereits andere Leistungen der Einrichtung oder des Seniorenzentrums (hier: den Menüdienst, die Kurzzeitpflege) in Anspruch genommen hatten und deshalb den Pflegedienst für weitere Leistungen auswählten.

Zu den Stärken des Pflegedienstes gehört die hohe Qualität der Leistungen durch die Mitarbeiter, deren Zuverlässigkeit sowie die Kontinuität beim Personaleinsatz. Darüber hinaus fühlten sich Patienten und Angehörige gut betreut und beraten, wenn sie sich mit zusätzlichen Anliegen an Mitarbeiter wandten (**siehe Kapitel 4.2**).

Die Dokumentation ist schlüssig aufgebaut. Auch bei ‚kleineren Leistungen‘ – beispielsweise der Applikation von Insulininjektionen einmal täglich, dem Anlegen von Antithrombosestrümpfen oder des einmal wöchentlichen Duschens – werden vollständige Anamnesen über alle Lebensaktivitäten angelegt und Risiken sowie Unterstützungsbedarfe dokumentiert. Diese Erhebungen werden ausnahmslos alle drei Monate wiederholt so dass ggf. Veränderungen des Gesundheitszustandes oder Unterstützungsbedarfes erkennbar werden.

Werden Risiken erkannt – beispielsweise Sturz- oder Dekubitusrisiken – werden die Angehörigen bzw. Patienten zu den Prophylaxemöglichkeiten gezielt beraten.

Die eingesetzten Formulare der Pflegedokumentation überschneiden sich teilweise thematisch, so dass über die Zusammenfassung von Formularen nachgedacht werden sollte. Hierdurch könnte die Anzahl von Formularen reduziert, Doppeldokumentationen (hier: Sturzrisikoerfassung) und die Übersichtlichkeit verbessert werden.

Die insgesamt sehr guten Ergebnisse spiegeln sich in folgenden Schulnoten wider:

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)		
		11	12	13	11	12	13	11	12	13	11	12	13	11	12	13	11	12	13	11	12	13
PDOE	03.04.-04.04.2013	1	1	1	1-	1-2	1-2	1-2	1-2	1-	1-2	1-2	1-	1	1	1	2	2+	2+	1,3	1,4	1,2 ↑

* Positive oder negative Vorzeichen weisen auf eine Tendenz hin, fließen aber nicht in die Endbewertung ein. Die Note 1 – 2 wird bspw. als 1,5 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, 23.04.2013

Andreas Dietel

Anhang

Anhang 1 – Interne Revision in Medizin und Pflege, PDOE, 03.04. –

04.04.2013

38

Anhang 1 – Interne Revision in Medizin und Pflege, PDOE, 03.04. – 04.04.2013

<p>Allgemeines:</p>	<p>Auditoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frau Byczek-Palfalusi PDWE - Frau Schmidt, SZWI - Herr Dietel, SMG <p>Gesprächspartner: (Haupt-) Geschäftsführer und Vertretungen, zusätzliche Gesprächspartner nach Absprache (siehe unten).</p> <p>Dauer der Revision: 9.00 – 16.30 Uhr</p> <p>Medien / Vorbereitung: Bitte ein am Netzwerk angeschlossenes Laptop und einen Beamer im Besprechungsraum aufstellen. Das QM-Handbuch muss über Beamer und Laptop während der gesamten Zeit eingesehen werden können. Ggf. muss auch der Einblick in bereits archivierte Unterlagen ermöglicht werden (z.B. Pflegevisiten- / Fallbesprechungsprotokolle, Auditprotokolle).</p> <p>Alle Auditoren werden im Verlauf der Internen Revision Patienten besuchen. Die sechs bis zehn Patienten werden am Morgen des ersten Tages als Zufallsstichprobe ausgewählt (bspw. mit FeM, Risikofaktoren, ggf. zusätzliche Betreuungsleistungen, Veränderungen seit Übernahme der Pflege – Anpassung der Planungen und Maßnahmen).</p>
<p>1. Tag:</p>	<p>Darstellung der Einrichtung anhand der ausgewählten Kriterien des Prüfkataloges / Nachweisdokumente / Dokumentationsvisiten</p> <p>9.00 – 9.05 Uhr Auswahl der Stichprobe aus der Gesamtanzahl der Patienten (→ Einverständnis-erklärungen)</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 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 2012 / Projekte 2013 / Schwerpunkte 2013? <p>9.30 – 10.25 Uhr Sicherheit Unterlagen / Medien: Protokolle. Schwerpunkte: Audits (Fehlermanagement, Hygienemanagement, Arbeitsschutz: Plan, Durchführung, Ergebnisse, Maßnahmendurchführung, Erfolgskontrolle) Gesprächspartner: HG, PDL, QB, Sicherheitsbeauftragte / Hygienebeauftragte.</p> <p>10.30 – 11.25 Uhr Risikomanagement Unterlagen / Medien: Risikoerfassung, Expertenstandards (Erstgespräch / Aufnahme), Pflegevisiten – Integrationsvisite / Routinepflegevisite (Plan, Durchführung, Ergebnisse, Maßnahmendurchführung, Erfolgskontrolle) Schwerpunkte: Risikoerfassung, Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen (→ u.a. Expertenstandards), 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>

11.30 – 12.25 Uhr
Personalbindung
Gewinnung / Einarbeitung / Ausbildung / Betreuung bzw. Entwicklung
Unterlagen / Medien: z.B. Fortbildungspläne (u.a. Umsetzung des Pflichtfortbildungskatalogs) / Teilnahmeauswertung / Fluktuation, Weiterbildung (Personalstruktur)
Schwerpunkte: Einarbeitung neuer Mitarbeiter / Begleitung der Auszubildenden / Mitarbeitergespräche (Ergebnisse) und –befragungen, Teamentwicklungsmaßnahmen
Gesprächspartner: HG, PDL, QB (durch Einrichtung ausfüllen)

12.30 – 13.30 Uhr Mittagspause

13.30 – 15.30 Uhr
Dokumentationsvisite - Durchsicht stichprobenartig ausgewählter Patientenakten (bitte die Patientenakten einsammeln und mitbringen)
Schwerpunkte: Dekubitusmanagement, Schmerzmanagement, Ernährungsmanagement, Kontinenz, Sturzmanagement, Wundmanagement, FeM, Betreuungsleistungen, Aussagekraft der Verlaufsberichte – Zusammenarbeit der Berufsgruppen, Medikamentenmanagement, Prospektive Festlegung von Dokumentationsintervallen
Gesprächspartner: Ergibt sich nach Bedarf

15.35 – 16.20 Uhr
Auditorenzeit: Abstimmung / Durchsicht von Nachweisen, des Maßnahmenplans mit stichprobenartiger Kontrolle der Umsetzungen der Empfehlungen / Hinweise des letzten Revisionsberichtes / des Zertifizierungsberichtes.

16.25 Uhr
Zwischenergebnis Tag 1

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

9.00 – 9.15 Uhr
Klärung von Fragen / Ausblick auf den Tag
Gesprächspartner:
 - HG / GF / PDL / ggf. stv. PDL / QMB.

9.20 – 12.15 Uhr
Inaugenscheinnahme ausgewählter Patienten (→ Einverständniserklärung)

12.30 – 13.30 Uhr Mittagspause

13.35 – 14.30 Uhr
Begehung der Station

14.35 – 15.45 Uhr
Auditorenzeit: Abstimmung / Durchsicht von Nachweisen, des Maßnahmenplans mit stichprobenartiger Kontrolle der Umsetzungen der Empfehlungen / Hinweise des letzten Revisionsberichtes / des Zertifizierungsberichtes.

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

A. Dietel
 Referatsleiter Produkte