

Scheve Management
Referat Produkte

Pflegedienst Bethel Bad Oeynhausen:

**Interne Revision in Medizin und Pflege
vom 07.02.2012 (Teilrevision),
Zertifizierungsaudit vom 15.06.2012**

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

Bericht im Auftrag des Gesellschafters

Auditoren:

Andreas Dietel, Helga Heyn, Monika Welti



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
4	Begutachtungen	18
4.1	Begutachtungen von Stationen	18
4.1.1	<i>Bürräume</i>	18
4.2	Begutachtungen von Patienten	21
4.2.1	<i>Patient 1</i>	21
4.2.2	<i>Patient 2</i>	22
4.2.3	<i>Patient 3</i>	23
4.2.4	<i>Patient 4</i>	24
4.2.5	<i>Patient 5</i>	25
4.2.6	<i>Patient 6</i>	26
4.2.7	<i>Patient 7</i>	27
4.2.8	<i>Patient 8</i>	28
4.2.9	<i>Patient 9</i>	29
4.2.10	<i>Patient 10</i>	30
4.3	Überprüfung der Dokumentation	31

5 Zusammenfassung	33
5.1 Rezertifizierungsaudit vom 15.6.2012	35
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 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 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 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) werden in 2012 verstärkt ausgewählte Bereiche und Schwerpunkte der Einrichtungen geprüft

sowie Stichproben gezogen. Bereiche, die in den Vorjahren bereits sehr gut aufgestellt waren, werden in 2012 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 in 2012 um einen Tag reduziert. Um trotz des reduzierten Zeitrahmens einen umfassenden Einblick in Strukturen und Prozesse der begangenen Einrichtungen sicherzustellen, wird die Auditorengruppe von zwei auf drei Auditoren erweitert.

Im folgenden Kapitel werden die Strukturdaten der Einrichtungen dargestellt.

2 Allgemeine Angaben zur Einrichtung

Datum der Prüfung am: 15.06.2012

Uhrzeit / Thema der Revisionstage

1. Tag: von: 09.00 bis: 16.30 Uhr

Anwesende Personen:

Auditorengruppe:

1. Herr Dietel, SMG
2. Frau Heyn, PDLI
3. Frau Welti, SZFR

Gesprächspartner der Einrichtung:

1. Herr Knollmann, HG
2. Frau Gottschalk, GF
3. Frau Heinemann, QM
4. MA je nach Patientenauswahl

Wann wurde die Einrichtung zuletzt von anderen Qualitätsprüfungsinstitutionen besucht

08.12.2011 MDK

Name und Träger der Einrichtung sowie verantwortliche Personen mit Angabe der Qualifikationen:

Name der Einrichtung: Pflegedienst Bethel Bad Oeynhausen gemeinnützige GmbH
 Gesellschafter: Diakoniewerk Bethel gemeinnützige GmbH
 Geschäftsleiter: Joachim Knollmann
 PDL: Ilka Gottschalk
 Stv. PDL: Katja Brandt
 QMB: Inken Heinemann

Seit wann besteht die Einrichtung?

2008

Welche Zusatzleistungen / Spezialisierungen werden von der Einrichtung angeboten?

Menüdienst

Art der Einrichtung und Versorgungssituation

Anzahl Patienten:
 Aktuelle Belegung: ambulanter Pflegedienst , 77 Patienten
 Auslastung in %:

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

		Feb 12
a.	Beatmungspflichtige Patienten	0
b.	Blasendauerkatheter	5
d.	Dekubitus	2
c.	eingeschränkte Mobilität	5
e.	Freiheitseinschränkende Maßnahmen	3
f.	Immobilität	2
g.	Kontrakturen	16
h.	MRSA	1
i.	PEG-Sonde	0
j.	Tracheostoma	0
k.	Wachkoma	0

Struktur der Wohn- und Pflegebereiche / Stationen

Wohnbereich / Stat.	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	Härte-fälle	nicht eingestuft
								25	37	12	3		
Gesamt:			0				77	25	37	12	3	0	0

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

	ja	nein
stufenloser Eingang	x	
Aufzüge mit für Rollstuhlfahrer	x	
Handläufe in den Fluren bds.	x	
Haltegriffe im Sanitärbereich	t.n.z.	
Behindertengerechtes Bad und Toilette auf jeder Etage	t.n.z.	

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

	ja	nein
Fäkalienspüle auf jeder Etage	t.n.z.	
intakte und erreichbare Rufanlage	t.n.z.	
höhenverstellbare Pflegebetten	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	30,00	70,00		
Altenpfleger/-innen	1,00	40,00		0,00	40,00		
Pflegehilfskräfte ohne		0,00	2,00	30,00	30,00		
Pflegehilfskräfte mit	2,00	80,00	1,50	22,50	102,50		
Auszubildende		0,00		0,00	0,00		
Gesamt:	4,00	160,00	5,50	82,50	242,50	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 1.3 Organigramm (2)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Einrichtung bildet Fachkräfte aus, Zivildienstleistende gibt es nicht mehr.	H: Das Organigramm muss aktualisiert werden. E: Die Einrichtung sollte die Auszubildenden im Organigramm separat ausweisen.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 1.4 Leistungsbeschreibung (1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Gut: Der Pflegedienst liefert derzeit monatlich über 1000 Menüs aus, auch an den Wochenenden. Der Service wird auch bezüglich der Nutzerzufriedenheit untersucht. Die Küche wird nach der Regelung 'EU-Zertifizierung' organisiert. Das Zertifizierungsverfahren ist eingeleitet.	
F: Patienten im Wachkoma und Beatmete können von der Einrichtung nicht betreut werden.	

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>Rückblick 2011</p> <p>F: Neue Patienten konnten gewonnen werden, so dass das vorhandene Personal an die Grenzen des Möglichen gelangt ist. Fachpersonal ist jedoch schwer zu gewinnen.</p> <p>F: Personalfuktuation trotz hoher Zufriedenheit (--> Mitarbeiterbefragung 2011): Gründe wurden ermittelt (private Gründe).</p> <p>F: Vermehrt konnten Zusatzleistungen und Menüs angeboten werden.</p> <p>F: Im Bereich der Haushaltsleistungen konnten Steigerungen verzeichnet werden.</p> <p>F: Der Fuhrpark wurde ergänzt.</p> <p>F: Pflegevisiten: Schwerpunkt der Verbesserungspotenziale: Pflegedokumentation (Handzeichen vergessen etc.).</p>	
<p>Ausblick 2012</p> <p>F: Im Menüservice wird Porzellangeschirr eingeführt.</p> <p>F: Weitere Steigerung von Versorgungsleistungen.</p> <p>F: Seit letztem Jahr bildet die Einrichtung in Kooperation mit der Ausbildungsstätte eine Altenpflegerin aus.</p> <p>F: Gewinnung neuer Fachkräfte.</p>	

3.2.2 Personal

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.2.1 Dienst- und Tourenplanung (3)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Der Bereitschaftsdienst wird nicht im Rahmen der Dienstplanung festgelegt, sondern während des laufenden Monats unter den Mitarbeitern abgestimmt. Die Bereitschaftsdienste werden von der PDL anschließend im Ist-Plan nachgetragen. Einige Einträge fehlten in den während des Rezertifizierungsaudits überprüften Dienstplänen.</p> <p>N: März-, April-, Mai-Ist- und Soll-Dienstpläne.</p>	<p>E: Die Vergabe der Bereitschaftsdienste funktioniert, weil die Mitarbeiter sich gegenseitig abstimmen. Die Funktionalität des Verfahrens sollte hinsichtlich seiner Dokumentation überprüft werden, da retrospektiv dokumentierte Einträge der Bereitschaftsdienste teilweise lückenhaft waren (vgl. bspw. das Vorgehen des Pflegedienstes Bethel Lichterfelde).</p>

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.3.1 Stellen- und Aufgabenbeschreibung (fehlt), Stellen- und Aufgabenbeschreibungen zu allen Berufsgruppen vorhanden	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Ungelernte Kräfte erhalten einen Erste-Hilfe-Kurs.</p>	
<p>F: Eine zentrale Regelung zur Anforderung kann nicht gefunden werden.</p>	<p>H: Eine zentrale Regelung muss die Kriterien der Anforderung aufnehmen.</p>
<p>F: Arzthelferinnen werden in der Stellenbeschreibung als 'Pflegefachkräfte' bezeichnet.</p>	<p>E: Die Bezeichnung 'Pflegefachkraft' sollte sich auf die examinierten Altenpflege- und Gesundheits- und Krankenpflegekräfte beziehen, um den Handlungsrahmen klar voneinander zu unterscheiden.</p>

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.3.2 Einarbeitung neuer Mitarbeiter (1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die wesentlichen Regelungen werden neuen Mitarbeitern ausgehändigt.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.3.3 Ausbildung (3)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Auszubildende werden nach ihrer Zufriedenheit mit der Ausbildungsbegleitung befragt. Die Ergebnisse fließen in die Managementbewertung ein.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.3.4 Fort- und Weiterbildung (2)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Einrichtung arbeitet mit einem externen Wundmanager zusammen. Für das nächste Jahr ist die Ausbildung eines Mitarbeiters geplant.	
F: Die Teilnahme an Pflichtfortbildungen wird dokumentiert und lässt sich auf einer Übersicht ersehen.	
F: Ziel des Fort- und Weiterbildungsmanagements: Die Mitarbeiter sollten 80% der Fortbildungsveranstaltungen besuchen.	
F: Ein Punktesystem (z.B. Registrierung beruflich Pflegender) wird noch nicht im Rahmen der Fortbildungsplanung praktiziert.	E: Die Pflegekräfte sollten in der Erhaltung und im Ausbau ihrer Professionalität unterstützt werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.3.5 Mitarbeitergespräche (3)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Gut: Vor einem Mitarbeitergespräch findet eine Mitarbeitervisite statt, deren Ergebnisse von der Leitung zur Bewertung des Mitarbeiters herangezogen werden.	

3.2.3 Qualitätsmanagementsystem

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.1 Aufbau des Qualitätsmanagementsystems (1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die QM-Beauftragte unterstützt die PDL 8 Stunden wöchentlich und nach Bedarf. Sie erstellt unter anderem die Managementbewertung, unterstützt das Fort- und Weiterbildungsmanagement und pflegt das QM-Handbuch.	
F: Sehr gut: Der Prozess der 'Kontinuierlichen Verbesserung' wird im Rahmen des 'Verbesserungs- und Vorschlagswesens' gesteuert. Ideen der Mitarbeiter können eingereicht werden und werden von einer 'Bewertungskommission' bewertet. Je nach Wirkung des Vorschlags werden Prämien vergeben. Teilweise werden Fachgutachter hinzugezogen.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.6 Internes Audit (3)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Regelung nimmt alle Kriterien der Anforderung auf. Auditpläne werden erstellt.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.7 Bewohnerbefragung (2)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: 2011 haben sich 55% der Patienten an der Befragung beteiligt.	E: Die Leitung sollte prospektiv die Ergebniserwartungen formulieren, um ihre Einschätzungen mit dem tatsächlichen Ergebnis abzugleichen.

3.2.4 Sicherheit

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 4.3 Brandschutz	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F. Der Pflegedienst übernimmt die Brandschutzregelung des SZOE, da er sich in deren Räumlichkeiten befindet.	

3.3 Kernprozesse

3.3.1 Pflege

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.4 Aufnahme (1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Diakonische Angebote werden in der Regelung nicht beschrieben.	H: Die Angebote, die die Einrichtung bezüglich des diakonischen Profils auf Nachfrage vermitteln kann, müssen in der Regelung dargestellt werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.5 Pflegeprozess, Pflegeplanung (4)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Gut: Die Regelung nimmt die Forderung auf, die Evaluationszeitpunkte dem aktuellen Pflegeproblem anzupassen und nicht nur 'standardisierte' Prüfzeitpunkte in der Planung festzulegen.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.6 Pflegedokumentationssystem (6)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Rezertifizierungsaudit: Teilweise wurden Leistungsnachweise abgezeichnet, bei denen die Leistungen - hier: Vitalwertemessung - in der Pflegedokumentation - hier: Vitalzeichenblatt - fehlten.	H: Alle erbrachten Leistungen müssen sowohl vollständig im Leistungsnachweis als auch auf den mitgeltenden Dokumenten - hier: Vitalzeichenblatt - notiert werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.7 Pflegestandards (Regelung fehlt), K 1.7M3.1 Expertenstandard Sturzprophylaxe (4), K 1.7M3.1a Ergänzung Expertenstandard Sturzprophylaxe, K 1.7M3.10a Expertenstandard Dekubitusprophylaxe (4), K 1.7M3.9 Expertenstandard Schmerz (4), Standardübersicht	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Rezertifizierung: Sturzrisiko, Dekubitusrisiko: Anhand der Dokumentation lassen sich der Verlauf, das Assessment sowie die anschließende Planung und Beratung nachvollziehen.	
F: Eine Regelung zu einigen Kriterien der Anforderung liegt nicht vor.	H: Die Regelung (Kriterium: Zuständigkeiten / Verantwortungsbereiche) muss nachgereicht werden.
F: Gut: Die gesehenen Nationalen Expertenstandards entsprechen den Bethelkonventionen.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.8 Mitwirkung bei ärztlicher Diagnostik und Therapie (2)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Rezertifizierung: Aktenprüfung: Vitalwerte wurden dokumentiert.	H: Wenn der Hausarzt nicht wegen jedem ungewöhnlichen Vitalwerte (hier: Blutdruck) verständigt werden möchte, muss festgelegt werden, wann der Arzt verständigt werden muss und was Mitarbeiter konkret tun sollen.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.10 Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen (1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Interne Revision 2011: "In der Regelung wird nicht auf typische Situationen und ihre Reaktionsmöglichkeiten im ambulanten Bereich eingegangen."	H: Der Hinweis von 2011 muss beachtet werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.11 Pflegevisite (4)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Ergebnisse der Pflegevisiten fließen in die Managementbewertung ein.	
F: Die Audits nach Expertenstandards wurden durchgeführt, das Personal befragt.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.14 Umgang mit Sterben und Tod , K 1.14M01 Standard Versorgung verstorbener Patient. (1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Wenn sich die Sterbephase andeutet, klären die Beteiligten gemeinsam, ob Unterstützung durch Mitarbeiter eines Hospizes angefordert werden soll.	

3.3.2 Hauswirtschaft

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 2.3 Verpflegung (3), K 2.3M01 Aufnahmegespräch (1), K 2.3M01Bewertung Menü (1), K 2.3M03 Leihgebühr Warmhaltebox (1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Gut: Der Pflegedienst bietet einen Menüdienst an und berät bei Bedarf Angehörige und Patienten über das Angebot.	

3.3.3 Beratung und Betreuung

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 3.3 Angehörigenarbeit (2)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Angehörigenschulungen oder Vermittlungen von Kursen für pflegende Angehörige werden in der Regelung nicht beschrieben.	H. Dass die Einrichtung bei Bedarf auch auf Kurse für pflegende Angehörige verweist, muss in der Regelung ergänzt werden.

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

4 Begutachtungen

4.1 Begutachtungen von Stationen⁴

4.1.1 Büroräume

Datum:	7.2.12
Begleitpersonen / Leitungen:	Fr. Gottschalk, Fr. Heyn, Fr. Welte

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*	iO
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)*	iO
	Notfallausstattung*	iO
	Funktionskontrolle der Medizinprodukte durch die Mitarbeiter des Bereiches*	Keine Bewertung.
	Beachtung des Datenschutzes*	Akten ehemaliger Mitarbeiter sind noch nicht im Archiv. H: Die Akten müssen bis zur Archivierung für Dritte unzugänglich gelagert werden.
	Überwachung der Kühlschranktemperatur (dokumentiert?)	iO
	F 4.5 Hygiene**	Ausstattung Pflegewagen* / Arbeitsmittel im ausreichenden Umfang (Handschuhe, Händedesinfektionsmittel etc.) vorhanden?*
	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*	t.n.z.

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

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
	Lagerungshilfsmittel*	iO
	Lagerung der Verbandsmaterialien / Sterilgut*	t.n.z.
	Kleidung der Mitarbeiter*	iO
	Gesamteindruck Sauberkeit und Hygiene **	Die Räume sind sehr ordentlich und sauber.
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)*	iO
	Kontrollliste Lagergut und Medikamente*	Keine Bewertung.
	Entsprechen die gestellten Medikamente denen, die der Arzt angeordnet hat (Abgleich Medikamente / Verordnung)?*	iO
	BTM – Buch und Aufbewahrung (Vollständigkeit) / Verblisterung / Vier-Augen-Prinzip*	t.n.z.
K 2.2 Wohnraumgestaltung **	Gestaltung der Gemeinschaftsräume**	iO
	Gestaltung der Außenbereiche - Balkone / Gehwege / Bepflanzungen**	t.n.z.
	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?*	t.n.z.
K 2.4 Reinigung **	Verkehrsflächen - Fußböden („runde Ecken“, Staub, Begehbarkeit)**	iO
	Gerüche? **	Keine.
	Sanitärbereiche und Funktionsräume**	iO
	Sauberkeit und Ordnung in Gemeinschaftsräumen**	iO
	Sauberkeit der Umgebung: Fenster, Sonnenschutz / Jalousien **	iO
	Sauberkeit Verteilerküchen**	t.n.z.
U 1.5 Beschaffung und Lagerung		
Diakonisch-Kirchliche Angebote *	Leitbilder gut sichtbar und bewohnerorientiert angebracht?*	iO
	Ausstattung der Bewohnerzimmer / Büros mit Neuem Testament (NT)*	iO
	Angebotsübersicht gut sichtbar?*	t.n.z.
	Bibel / Feiern und Loben / andere Gesangsbücher in allen Wohnbereichen / Einlegeblätter?*	t.n.z.
	Liste der Pastoren / Pfarrer *	iO
	Utensilien zur Gestaltung des Abschieds von verstorbenen Bewohnern ('Aussegnungssets') in allen Wohnbereichen?*	iO

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar	
Sonstiges	Namenschilder?	H: Mitarbeiter müssen Namensschilder tragen.	
	FeM: Bei Freiheitsentziehenden Maßnahmen: liegt Gerichtsbeschluss vor? (Stichprobe)*	t.n.z.	
	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*	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?	Keine Bewertung.	
	Kennen Sie die Ziele Ihrer Einrichtung? Kennen Sie die Ihrer Abteilung für dieses Jahr? Wissen Sie, wo Sie im Moment stehen?	Keine Bewertung.	
		Dienst- / Tourenplanung - Kap. 4.1.1	
	Interne Kommunikation - Kap. 4.1.1		
	Datenschutz - Kap. 4.3 (k113f)		
Gesamtbewertung**		Die Organisation sowie Ordnung und Sauberkeit sind sehr gut.	

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:	7.2.12		Geb.Datum:		
Name, Vorname:			Bereich / Abteilung:		
Betreuung:			Pflegestufe:	1	
Derzeitige Situation:	Ganzwaschung; Luftnötig - O-2-Therapie; trockene Haut; Patient sitzt im Rollstuhl. Seheingeschränkt. Kann mittels Rollator durch die Wohnung laufen.				
Medizinische Diagnosen:	Kardiale Dekompensation, Zustand nach Herzschrittmacherimplantation; Pulmonale Hypertonie.				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:	Keine Inspektion.	Augen:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	iO	Zahnfleisch:	Keine Inspektion.
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:	t.n.z.	Orientierung:	Vollständig orientiert.	Schmerzen:	
DK:	t.n.z.	IKM:			
Atmosphäre:		Bett (auch: höhenverstellbar)		Wandschmuck/Bilder	
Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel		Gerüche:		Kleidung:	
Nasszelle / WC:		Möbiliar:			
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):			Essen:		
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):			Pflegerische Versorgung:	Das Ehepaar ist erst seit kurzem beim Pflegedienst und ist mit der Versorgung sehr zufrieden. Die Ansprechpartnerin ist bekannt, die Bezugspflegekraft ebenso.	
Medizinische Versorgung:			Therapeutische Anwendungen:		
Sollte etwas verbessert werden?	Auch die Wochenendvertretung sollte die Maßnahmen vollständig nachbereiten.		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Angemessen, zugewandt.	
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?					
Gesamteindruck / Bewertung:	Der Patient ist mit seiner Versorgung sehr zufrieden. Er hat die Einrichtung gewählt, weil sie neu "auf dem Markt" ist und sich daher "sicher besonders viel Mühe geben wird."		+ / -		

4.2.2 Patient 2

Datum:	7.2.12			Geb.Datum:	
Name, Vorname:				Bereich / Abteilung:	
Betreuung:				Pflegestufe:	1
Derzeitige Situation:	1x wöchentlich Duschen; 7x morgens ankleiden und abends auskleiden. Bewegungseinschränkung durch Schmerzen in der rechten Schulter.				
Medizinische Diagnosen:	Zustand nach Sturz mit Humerusfraktur rechts.				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:	Keine Inspektion.	Augen:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	Keine Inspektion.	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:	t.n.z.	Orientierung:	Vollständig zu allen Qualitäten orientiert.	Schmerzen:	Rechter Arm.
DK:		IKM:			
Atmosphäre:		Bett (auch: höhenverstellbar)		Wandschmuck/Bilder	
Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel		Gerüche:		Kleidung:	
Nasszelle / WC:		Mobiliar:			
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):		Essen:	Der Menüdienst Bethels ist gut.		
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):		Pflegerische Versorgung:	Ist sehr zufrieden.		
Medizinische Versorgung:		Therapeutische Anwendungen:			
Sollte etwas verbessert werden?	Ist nach Krankenhausaufenthalt zur Kurzzeitpflege im Seniorenzentrum gewesen und hat sich danach vom Pflegedienst versorgen lassen.	Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Zugewandt, angemessen.		
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?	Die Pflegekräfte stellen sich selbst mit ihren Vornamen vor. Sie sollten sich mit Namen und Vornamen vorstellen.				
Gesamteindruck / Bewertung:	Hat keine Wünsche und fühlt sich sehr gut versorgt.		+ / -		

4.2.3 Patient 3

Datum:	7.2.12			Geb.Datum:	
Name, Vorname:				Bereich / Abteilung:	
Betreuung:				Pflegestufe:	0
Derzeitige Situation:	Patientin liegt im Bett, kann aber auch aufstehen. Das Ehepaar ist bezüglich des Allgemeinzustands eingeschränkt, beide berichten von Krebserkrankungen. Die Patientin erhält Bestrahlungen und soll nach Auskunft des Ehemannes Belastungen vermeiden.				
Medizinische Diagnosen:	Vulva-CA mit Lymphknotenmetastasen.				
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.	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:	Nicht erfragt.	Orientierung:	Vollständig orientiert.	Schmerzen:	Keine.
DK:	t.n.z.	IKM:			
Atmosphäre:		Bett (auch: höhenverstellbar)		Wandschmuck/Bilder	
Sauberkeit Zimmer / Nachtsiche / 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:	Die Patientin ist mit ihrer Versorgung zufrieden. Sie weiß sich nicht zu erklären, warum sie häufig aus der Vagina blutet.	
Medizinische Versorgung:			Therapeutische Anwendungen:		
Sollte etwas verbessert werden?	Angehörige haben die Einrichtung ausgewählt.		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:		
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?	Der Ehemann erscheint mit der Gesamtlage (eigener Gesundheitszustand und der seiner Frau) überfordert zu sein. Die Ehefrau äußerte sich nicht direkt zu ihrer Erkrankung. Das Leistungsangebot sollte überprüft und ggf. weitere Unterstützung angeboten werden.				
Gesamteindruck / Bewertung:	Die Patientin wird pflegerisch soweit versorgt, wie sie es zulässt.			+ / -	

4.2.4 Patient 4

Datum:	7.2.12		Geb.Datum:		
Name, Vorname:			Bereich / Abteilung:		
Betreuung:	Angehörige		Pflegestufe:	2	
Derzeitige Situation:	Bettlägerig, Pflegestufe 2 - als Nachwirkung zum Sturz. Ständiges Abführen (flüssig) - wird drei bis viermal pro Tag von der Angehörigen versorgt; Übernahme aller LA. Hat Angst vor erneutem Sturz - lässt sich nur mit viel Widerstand auf die Bettkante mobilisieren, bewegt sich im Bett aber selbst und lagert sich selbst.				
Medizinische Diagnosen:	Zustand nach Sturz mit Beckenfraktur in 2011 mit Krankenhausaufenthalt im Oktober; 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	Hautdefekte - Wundsalbe.
Analgegend:	Hautfeuchtigkeit: Hautdefekte, stecknadelgroß.	Leistenbereich:	Hautdefekt rechte Leiste - Versorgung mit Pantenol.	Intimbereich:	iO
Fuß/Ferse/Fußnägel:	iO	Zehenzwischenräume:	iO	Hautzustand:	iO
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.	ggf. Ödeme:	t.n.z.
Wunden:	Oberflächliche offene Stellen im Sakralbereich (flüssiges, ständiges Abführen).	Orientierung:	Keine adäquaten verbalen Antworten.	Schmerzen:	Kein Schmerzen bzw. Abwehrreaktionen.
DK:	Blasendauerkatheter seit Krankenhausaufenthalt im Oktober 2011.	IKM:	Geschlossen.		
Atmosphäre:		Bett (auch: höhenverstellbar)		Wandschmuck/Bilder	
Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel		Gerüche:		Kleidung:	
Nasszelle / WC:		Möbiliar:			
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):			Essen:		
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):			Pflegerische Versorgung:	"Wir sind zufrieden." Mitarbeiter sind mit ihrem Vornamen bekannt.	
Medizinische Versorgung:			Therapeutische Anwendungen:		
Sollte etwas verbessert werden?	Angehörige haben den Pflegedienst ausgewählt - sie kannten die Einrichtung aus der Werbung. Auch Empfehlungen aus dem Bekanntenkreis haben zur Wahl der Einrichtung beigetragen.		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:		
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?	Die Patientin ist seit ihrem Sturz bettlägrig und hat einen DK. Darüber hinaus führt sie ständig kleinere Mengen Stuhl ab, was vor dem Krankenhausaufenthalt nicht der Fall war. Mit allen Beteiligten sollten krankengymnastische Maßnahmen, die Notwendigkeit des DK (seit KH-Aufenthalt) sowie die Ursache des flüssigen Stuhls geklärt werden. Im Anal- und Leistenbereich gibt es Hautdefekte aufgrund der ständigen Feuchtigkeit.				
Gesamteindruck / Bewertung:	Die pflegerische Versorgung ist sehr gut.		+ / -		

4.2.5 Patient 5

Datum:	07.02.2012		Geb.Datum:		
Name, Vorname:			Bereich / Abteilung:		
Betreuung:	Seit 28.10. 2011, 2 x tgl. Hilfe bei der GP, Dekubitusversorgung nach ärztlicher Anordnung.		Pflegestufe:	3	
Derzeitige Situation:	Bettlägerig, Weichlagerung/Schmerzpatientin, DK, Dekubitus seit 18.01.2012, wird durch Ehemann versorgt, der im Sanitäterbereich tätig war, Pastor ist und seit 20 Jahren in dem Apartment lebt, da die freikirchliche Orientierung für das Ehepaar wichtig war.				
Medizinische Diagnosen:	Zustand nach drei Hüft-OP's, davon eine mit Komplikationen. Seitdem bestehen Probleme mit der Wirbelsäule; Schmerzpatientin. Nach Darmverschluss 2011 folgte ein Herzinfarkt: mit verbleibenden 20 % Herzleistung hat die Patientin alle Belastungen eingestellt und hält Bettruhe.				
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:	BMI 30.	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.	ggf. Ödeme:	Beine.
Wunden:	Multiple, in Anzahl und Ort wechselnde Wunden am Gesäß - Ursache nicht eindeutig.	Orientierung:	Orientiert.	Schmerzen:	Ja.
DK:	iO	IKM:	Moltex.		
Atmosphäre:		Bett (auch: höhenverstellbar)	Ohne Seitenbegrenzung.	Wandschmuck/Bilder	
Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel		Gerüche:	Keine.	Kleidung:	
Nasszelle / WC:		Mobiliar:			
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote:			Essen:		
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten:	Ehemann und Schwager sind Pastoren in der Freikirche.		Pflegerische Versorgung:	"Gut und kompetent."	
Medizinische Versorgung:	Durch den Hausarzt.		Therapeutische Anwendungen:		
Sollte etwas verbessert werden?	Pünktlichkeit der Mitarbeiter - aber Ehepaar zeigt Verständnis für Verspätungen.		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Freundlich, zugewandt.	
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?	Die Patientin hat Angst aus dem Bett zu fallen. Seitenbegrenzungen sollte durch Kassenfinanzierung erfolgen, da ein Pflegebett für den kleinen Raum zu groß wäre.				
Gesamteindruck / Bewertung:	Ehepaar wurde über moderne Wundversorgung beraten und wird den Hausarzt nochmals dazu befragen. Auch wäre sinnvoll, einen Hautarzt hinzu zu ziehen, da keinerlei Heilungstendenz bei bisheriger Verordnung erkennbar sind. Ehepaar wurde über die Notwendigkeit des Positionswechsels beraten, wozu dem Ehemann die Seitenbegrenzungen fehlen. Auch physiotherapeutische Maßnahmen wurden dem Ehepaar empfohlen, um die Gelenke beweglich zu halten und Kontrakturen vorzubeugen.				

4.2.6 Patient 6

Datum:	7.2.2012		Geb.Datum:		
Name, Vorname:			Bereich / Abteilung:		
Betreuung:			Pflegestufe:	0	
Derzeitige Situation:	Läuft außerhalb mit Rollator. Versorgt sich selbstständig. Benötigt Schmerzmedikamente, dazu 4 Beutel Movicol täglich. Wohnt seit 2,5 Jahren im Haus. 7 x 1 med. Kompressionsverband				
Medizinische Diagnosen:	Schmerzpatientin, Erysipel mit Stauungsdermatitis, Diabetes mellitus; Zustand nach Mamma-CA und Magenteilresektion.				
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:	t.n.z.	Orientierung:	Orientiert.	Schmerzen:	Vorhanden, medikamentös eingestellt.
DK:	t.n.z.	IKM:			
Atmosphäre:		Bett (auch: höhenverstellbar)		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:	Sehr zufrieden.	
Medizinische Versorgung:	Durch den Hausarzt.		Therapeutische Anwendungen:	Lymphdrainage 2 x wöchentlich.	
Sollte etwas verbessert werden?	Keine Wünsche.		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Zugewandt, angemessen.	
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?					
Gesamteindruck / Bewertung:	Beratung zum Umgang mit Abführmitteln / Schmerzmedikation: Kontakt zum Hausarzt herstellen.		+ / -		

4.2.7 Patient 7

Datum:	07.02.2012		Geb.Datum:		
Name, Vorname:			Bereich / Abteilung:		
Betreuung:			Pflegestufe:	1	
Derzeitige Situation:	Läuft mit dem Rollator nur noch im EG herum, wird vom Ehemann gepflegt. Die Mitarbeiter ziehen nur MKS an. Noch ist die Situation für das Ehepaar beherrschbar, wobei beide bald mehr Hilfe gebrauchen könnten, denn beide wirken belastet. Weitere Hilfsangebote werden aber nicht angenommen.				
Medizinische Diagnosen:	Multiple Sklerose.				
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	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:	Intakt nach eigenen Angaben.
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.	ggf. Ödeme:	
Wunden:	t.n.z.	Orientierung:	Orientiert.	Schmerzen:	Keine.
DK:	t.n.z.	IKM:	Einlagen, ist über Dauer-VO informiert.		
Atmosphäre:		Bett (auch: höhenverstellbar)		Wandschmuck/Bilder	
Sauberkeit Zimmer / Nachtsiche / Hilfsmittel		Gerüche:		Kleidung:	
Nasszelle / WC:		Mobiliar:			
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):			Essen:	Selbstständig.	
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):			Pflegerische Versorgung:	Selbstständig und Ehemann.	
Medizinische Versorgung:	Hausarzt und Neurologe.		Therapeutische Anwendungen:	Geht nicht hin wegen des Schnees; auf die Möglichkeit von Hausbesuchen hingewiesen.	
Sollte etwas verbessert werden?	Nein, Ehemann ist verunsichert, weil er ein Schreiben erhielt, dass ihm 1500 Euro zustehen. Beratung, dass es sich um die Möglichkeit der Verhinderungspflege handelt und an Beispielen erläutert.		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Angemessen, zugewandt.	
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?	Keine weiteren Hilfen werden akzeptiert, evt. Soziale Beratung nötig, Trinkverhalten im Auge behalten.				
Gesamteindruck / Bewertung:	Die Patientin wird pflegerisch gut versorgt.		+ / -		

4.2.8 Patient 8

Datum:	07.02.2012		Geb.Datum:		
Name, Vorname:			Bereich / Abteilung:		
Betreuung:	Lebt mit ebenfalls pflegebedürftigem Ehemann zusammen.		Pflegestufe:	2	
Derzeitige Situation:	Tgl. 1 x Grundpflege morgens. Versorgung abends durch Angehörige. Lebt mit Ehemann zusammen, der ebenfalls pflegebedürftig ist.				
Medizinische Diagnosen:	Zustand nach Apoplex mit Hemiparese 2002, Demenz.				
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:	Nabelbruch, Hautumfeld intakt.	Hüften:	Intakt.	Gluteal / Sakral	Leicht gerötet.
Analegend:	iO	Leistenbereich:	Keine Inspektion.	Intimbereich:	Keine Inspektion.
Fuß/Ferse/Fußnägel:	Nicht inspiziert.	Zehenzwischenräume:	Keine Inspektion.	Hautzustand:	iO
Ernährungszustand:	Hat die letzten Wochen an Gewicht verloren (5 kg).	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.	ggf. Ödeme:	Linkes Handgelenk.
Wunden:	t.n.z.	Orientierung:	Zeitweilig lückenhaft.	Schmerzen:	Keine Äußerung.
DK:	t.n.z.	IKM:	Einlage.		
Atmosphäre:		Bett (auch: höhenverstellbar)		Wandschmuck/Bilder	
Sauberkeit Zimmer / Nachtsiche / Hilfsmittel		Gerüche:		Kleidung:	
Nasszelle / WC:		Mobiliar:			
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Selten nimmt die Patientin an Angeboten im Seniorenzentrum teil.		Essen:	"Mit dem Mittagstisch bei Bethel bin ich sehr zufrieden."	
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):	Der Gemeindebrief reicht ihr aus.		Pflegerische Versorgung:	"Sehr zufrieden."	
Medizinische Versorgung:			Therapeutische Anwendungen:		
Sollte etwas verbessert werden?	"Fällt mir nichts ein."		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Zugewandt, angemessen.	
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?	Beratung Sturzprophylaxe --> eine Brücke wurde nach Stolpern zusammengerollt und in ein anderes Zimmer gestellt.				
Gesamteindruck / Bewertung:	Beide haben den Pflegedienst gewählt, nachdem einer der Eheleute in der Kurzzeitpflege des Seniorenzentrums war.		+ / -		

4.2.9 Patient 9

Datum:	07.02.12		Geb.Datum:		
Name, Vorname:			Bereich / Abteilung:		
Betreuung:	Tochter		Pflegestufe:	2	
Derzeitige Situation:	Bewegungseinschränkungen, z.Zt. schmerzfrei.				
Medizinische Diagnosen:	Polyarthrose, Epilepsie.				
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:	iO	ggf. Ödeme:	iO
Wunden:	t.n.z..	Orientierung:	Teilweise.	Schmerzen:	iO
DK:	t.n.z..	IKM:	Windelhosen.		
Atmosphäre:		Bett (auch: höhenverstellbar)		Wandschmuck/Bilder	
Sauberkeit Zimmer / Nachtsiche / Hilfsmittel		Gerüche:		Kleidung:	
Nasszelle / WC:		Mobiliar:			
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	t.n.z..		Essen:		
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):	t.n.z..		Pflegerische Versorgung:	"Sehr gut."	
Medizinische Versorgung:	Tochter: Ist mit der hausärztlichen Versorgung nicht zufrieden, es ist ein Wechsel geplant bei weiteren gesundheitlichen Problemen. Hilfsmittel. Rollstuhl, Pflegebett, Toilettenstuhl.		Therapeutische Anwendungen:		
Sollte etwas verbessert werden?	"Es fällt mir spontan nichts ein."		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Angemessen, zugewandt. Patientin wird 'gesiezt'.	
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?					
Gesamteindruck / Bewertung:	Die Patientin wird pflegerisch sehr gut versorgt.		+ / -		

4.2.10 Patient 10

Datum:	07.02.12		Geb.Datum:		
Name, Vorname:			Bereich / Abteilung:		
Betreuung:	Sohn GV		Pflegestufe:	2	
Derzeitige Situation:	Bettlägrige Patientin, die vom Sohn an die Bettkante mobilisiert wird.				
Medizinische Diagnosen:	Zustand nach Schlaganfall, Demenz.				
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:	Rechter Fuß oberflächliche Hautabschürfung, trocken.	Orientierung:	Teilweise.	Schmerzen:	In beiden Knien.
DK:	Vorhanden.	IKM:	Windelhose.		
Atmosphäre:		Bett (auch: höhenverstellbar)		Wandschmuck/Bilder	
Sauberkeit Zimmer / Nachtschale / Hilfsmittel		Gerüche:		Kleidung:	
Nasszelle / WC:		Mobiliar:			
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	t.n.z.		Essen:	t.n.z.	
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):	t.n.z.		Pflegerische Versorgung:	"Absolut zufrieden".	
Medizinische Versorgung:	Sehr zufrieden mit Hausarzt, Hilfsmittel werden ausreichend verordnet, Toilettenstuhl, Rollstuhl, Pflegebett.		Therapeutische Anwendungen:	t.n.z.	
Sollte etwas verbessert werden?	"Mir fällt nichts ein".		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Angemessen, zugewandt: "Die Pflegekräfte sind ausgesprochen freundlich und nett."	
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?					
Gesamteindruck / Bewertung:	Die Patientin wird pflegerisch sehr gut versorgt.		+ / -		

4.3 Überprüfung der Dokumentation

	Stammblatt	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 Schiffführung in Schulnoten	
1.																												
	Dokumentation nicht überprüft.																											
2.																												
	Dokumentation nicht überprüft.																											
3.																												
	Dokumentation nicht überprüft.																											
4.	2	2	2	2	2	2	2	2	0				2			2				2						1	2,0	
	<p>Zustand bei Aufnahme (seit 10/2011): Zustand nach Sturz und Beckenfraktur - kam mit Stuhlinkontinenz, DK und bettlägerig aus dem Krankenhaus. Inkontinenzhilfe und Hautdefekte aufgrund der Stuhlinkontinenz. Teilwäsche morgens und abends. Hautdefekte um den Anus herum. Mobilisation auf den Pflegestuhl. Wohnt zusammen mit Angehörigen, die jedoch teilweise überfordert sind. Mobilisation ist kaum alleine möglich - wenn, dann mit zwei Personen (Angstzustände bei der Mobilisation führen zu Abwehr der Patientin gegen diese Maßnahme). Am Morgen reagiert die Patientin nicht auf Ansprache, am Abend spricht sie teilweise mit den Personen (Aussage Schwiegertochter). Bettgitter zur Sturzprophylaxe (Unterschrift der Angehörigen liegt vor). Pflegestufe 1.</p> <p>Schlüsselergebnisse: Keine.</p> <p>Gegenwärtiger Zustand: Mobilisation ist nur mit zwei Pflegekräften möglich. Pflegestufe 2. Setzen auf die Bettkante, wenn möglich. Toleriert die Seitenlagerung nicht und sperrt sich bei der Lagerung auf die Seite. Kann kurze Zeit auf beiden Beinen stehen. Die Übernahme der Versorgung durch den Pflegedienst wurde auf morgens beschränkt.</p> <p>Ausblick: Diskutiert wird ein Pflegehelfer, damit die Patientin in einen Pflegerollstuhl gesetzt werden kann. Die Verbesserung der Mobilisation wäre eine große Verbesserung der Lebensqualität für die Patientin.</p> <p>Bewertung: Die Pflegeplanung ist aussagekräftig. E: Abgeklärt werden sollten folgende Aspekte: Mobilisation mit Hilfe einer Physiotherapeutin / Abklärung der Ursache der ständigen Stuhlinkontinenz / Abklärung, ob DK noch notwendig. Pflegevisitenprotokoll liegt vor. Die Abführproblematik wird in der Pflegeplanung aktuell wiedergegeben.</p>																								1,0			

	Stammblatt	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
5.	2	2	2	2	2	2	2	2		2		2		2	2	2	2		2	2	2					2	2,0
	<p>Zustand bei Aufnahme (seit 10/2011): Orientiert und selbstbestimmt. Zustand nach Hüft-OP rechts mit irreparablen Schäden nach Komplikation - berührungsempfindlich am ganzen Körper, besonders aber an der rechten Hüfte. Schmerzen mit Basismedikation - ausreichend. Sollte in den Rollstuhl mobilisiert werden. Herzinsuffizienz - Patientin möchte sich nicht belasten. Unterstützung bei der Körperpflege. Hautzustand intakt - dekubitusgefährdet. Höhenverstellbares Bett. Patientin toleriert eine Flachlagerung nicht, da sie luftnötig wird. Sturzgefährdet. Patientin wird von ihrem Mann versorgt (seit ca. 10 Jahren). Leistungskomplex Teilwäsche morgens. DK, stuhlinkontinent. Pflegestufe 3. BMI 30.</p> <p>Schlüsselergebnisse: Keine.</p> <p>Gegenwärtiger Zustand: Bettlägerigkeit - Bewegungseinschränkung - großflächige Hautläsionen (beide Gesäßhälften) durch ständigen Stuhlgang - am 16.1.12 wurde die erste Läsion festgestellt. Varihesive wurden von einer externen Wundmanagerin vorgeschlagen und vom Hausarzt abgelehnt, der stattdessen Kompressen und Hautsalbe verordnete - Fixierung mittels Leukosilk. Die Wundprotokolle beschreiben den Verlauf. Patientin hat große Angst, während der Versorgungsmaßnahmen aus dem Bett zu fallen (Abwehrspannung) - Vorschlag: Bettgitter - soll seitens des Angehörigen umgesetzt werden. Ein Pflegebett passt jedoch nicht in das kleine Zimmer, in dem sie sich aufhält. Obstipationsneigung bekannt. Die Ausscheidung wird mit Hilfe des Angehörigen gewährleistet. Mikroklysmen werden von diesem verabreicht. Depressive Phasen der Patientin - Antidepressiva werden verabreicht. BMI unverändert.</p> <p>Ausblick: Die Hautläsionen sollen abheilen und der Ehemann weiter durch den Pflegedienst entlastet werden. Die Lebensqualität soll erhalten bleiben. Unterstützung bei der Körperpflege morgens und abends.</p> <p>Bewertung: Die Anamnese enthält keine Angaben zu den Schmerzen. Der Hausarzt legt die Behandlung der Wunden fest - die Behandlung ist nach modernen Richtlinien insuffizient, der Hausarzt lässt sich jedoch auch nicht von einem externen Wundmanager überzeugen. E: Es sollte versucht werden, einen Hautarzt hinzu zu ziehen, um weitere Möglichkeiten abzuklären. Hierzu sollte eine Fallbesprechung durchgeführt werden. Die Wunden wurden nicht fotografiert - E: Wunden sollten zur Verlaufskontrolle fotografiert werden.</p>																								1,0		
6.																											
	Dokumentation nicht überprüft.																										
7.																											
	Dokumentation nicht überprüft.																										
8.																											
	Dokumentation nicht überprüft.																										
9.																											
	Dokumentation nicht überprüft.																										
10.																											
	Dokumentation nicht überprüft.																										

Legende:

2 = Vollständig

1 = teilweise vorhanden

0 = nicht vorhanden

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

5 Zusammenfassung

Die Einrichtungsleitung präsentierte sich und ihre Einrichtung umfassend, wobei die personellen Schwierigkeiten des letzten Jahres nicht verschwiegen wurden. Im Rahmen der Teilrevision wurden vier der sechs Kategorien bewertet, die ‚Konzepte und Standards‘ sowie das ‚Pflegerische, ärztliche, therapeutische Management‘ werden zur Rezertifizierung Mitte des Jahres geprüft.

In der Kategorie ‚Orientierung‘ bleibt die Einrichtung unverändert, in der zur ‚Ordnung, Sauberkeit, Hygiene‘ gibt es einige Verbesserungspotentiale, die vor Ort besprochen wurden: Auch bei kleineren pflegerischen Tätigkeiten müssen Hygieneregeln beachtet werden.

Die besuchten Patienten der Zufallsstichprobe waren sehr zufrieden mit den Mitarbeitern der Einrichtung und wurden pflegerisch sehr gut versorgt. Das hohe Niveau des Vorjahres konnte von den Mitarbeitern gehalten werden, wobei zwischenzeitlich auch eine Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) erfolgte. Die Gesamtnote ‚1,0‘ bestätigte die Ergebnisse der Internen Revision in Medizin und Pflege.

Bei der Vorstellung ihrer Patienten anhand der medizinischen Dokumentation wurden alle wichtigen Aspekte dargestellt, die Mitarbeiterin konnte die Krankheitsverläufe kompetent schildern.

In Teilen waren die gesehenen Akten nicht ganz vollständig – manchmal fehlte die Sturzrisikoerfassung, ein Wund- oder Schmerzprotokoll. Wundverläufe müssen immer präzise erfasst und sollten durch die Fotodokumentation ergänzt werden.

Wenn sich, wie bei einer Patientin, Veränderungen im Erscheinungsbild nach Krankenhausaufenthalt ergeben, sollten in Abstimmung mit dem zuständigen Hausarzt und den Patienten die Ursachen diagnostiziert werden. Darüber hinaus sollte im vorliegenden Fall neben der Abführproblematik auch geklärt werden, ob der Blasendauerkatheter immer noch notwendig ist.

Teilweise sollte geprüft werden, ob neben den vereinbarten Leistungen weitere niederschwellige Angebote unterbreitet werden könnten, um in krisenhaften Situationen die Betroffenen noch besser unterstützen zu können **(siehe Kapitel 4.2 und 4.3)**.

Insgesamt konnten in dieser Kategorie Fortschritte gegenüber dem letzten Jahr erzielt werden. Die vier Kategorien wurden wie folgt nach Schulnoten bewertet:

UB/AF	Vor-Ort-Prüftermine	Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung (PD nur Orientierung)			Ordnung, Sauberkeit, Hygiene			Konzepte und Standards			Pflegerisches / ärztliches / therapeutisches Management			Ergebnisqualität: (Pflege-)Zustand der BW / Pat.			Ergebnisqualität: Dokumentation			Durchschnitt (Pflegezustand doppelt gewichtet)				
		10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12		
PDOE	07.02.2012	1	1	1	1	-	1	-	1-2	3	1-2		3	1-2		1-2	1	1	3	2	2+	2,0	1,3	

* Positive oder negative Vorzeichen weisen auf eine Tendenz hin, fließen aber nicht in die Endbewertung ein. Die Note 1 – 2 wird 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, 12.04.2012

Andreas Dietel

5.1 Rezertifizierungsaudit vom 15.6.2012

Die Einrichtung konnte das sehr gute Niveau des letzten Jahres mit kleineren Abstrichen insgesamt halten, die Geschäftsführerin / Pflegedienstleitung und die Qualitätsmanagementbeauftragte präsentierten sich gut vorbereitet und boten den Auditoren eine sehr angenehme Arbeitsatmosphäre.

Das Qualitätsmanagementhandbuch bietet zahlreiche umfassende Regelungen, die klar und verständlich ausformuliert werden.

Wenige Regelungen – hier: zu Stellen- und Aufgabenbeschreibungen, Pflegestandards – fehlen. In ihnen muss ausgeführt werden, wer die Verantwortlichen sind und wie sichergestellt wird, dass Stellen- und Aufgabenbeschreibungen sowie Pflegestandards aktuell bleiben (siehe bspw. die Regelungen des PDFR hierzu, vgl. die Anforderungen des Diakoniesiegels Pflege).

In der Kategorie ‚Pflegerisches Management‘ belegt die Managementbewertung, dass nicht nur Daten analysiert wurden, sondern auch im Rahmen der Zieلفestlegung des kommenden Jahres zu Maßnahmen führen, deren Erreichungsgrad systematisch überprüft wird.

Mit Hilfe der Pflegevisiten erhält die Leitung einen Überblick der erzielten Leistungsqualität und den ‚Gesamterfüllungsgrad‘. Er ist sowohl bei den Integrations- als auch den Routinevisiten gut. Verbesserungspotentiale bei einzelnen Kriterien können jederzeit erkannt und Maßnahmen eingeleitet werden.

Qualitätsziele wurden aus dem Jahresergebnis abgeleitet und für das kommende Jahr festgelegt, allen Beteiligten kommuniziert und öffentlich ausgehängt.

Vor Befragungen – hier: Mitarbeiter- und Patientenbefragung – sollte das Management die Ergebnisse vorhersagen und ihre Vorhersagen mit den tatsächlichen Ergebnissen abgleichen. Anhand der Abweichungen kann das Management erkennen, ob seine Einschätzungen realistisch waren.

Um dem schlechten Image der ambulanten Dienste bei Auszubildenden entgegenzuwirken, sollte sich die Einrichtung bereits zu Beginn der Ausbildung in den Ausbildungsstätten vorstellen und die Vorzüge der ‚Hauspflege‘ herausstellen (**siehe Kapitel 3**).

Weitere Stärken und Verbesserungspotentiale finden sich im Bericht der zweiten Systemförderung der Auditoren von proCum-Cert. Alle Einrichtungen des Diakoniewerks Bethel müssen prüfen, ob insbesondere die genannten Verbesserungspotentiale auch auf sie zutreffen (siehe Bericht).

Der Auditor stellte fest, dass das QM-System funktioniert und „wirksam ist“ und wird daher der Zertifizierungsstelle die Aufrechterhaltung des Zertifikats empfehlen.

Die Benotungen im Rahmen der Internen Revision bezogen sich auf die Kategorien ‚Konzepte und Standards‘ sowie ‚Pflegerisches, ärztliches, therapeutisches Management‘ und ergaben folgende Gesamtbewertungen:

UB/AF	Vor-Ort-Prüftermine	Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung (PD nur Orientierung)			Ordnung, Sauberkeit, Hygiene			Konzepte und Standards			Pflegerisches / ärztliches / therapeutisches Management			Ergebnisqualität: (Pflege-)Zustand der BW / Pat.			Ergebnisqualität: Dokumentation			Durchschnitt (Pflegezustand doppelt gewichtet)		
		10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12
PDOE	07.02.2012	1	1	1	1 -	1 -	1-2	3	1-2	1-2	3	1-2	1-2	1-2	1	1	3	2	2 +	2,0	1,3	1,4 ↓

* Positive oder negative Vorzeichen weisen auf eine Tendenz hin, fließen aber nicht in die Endbewertung ein. Die Note 1 – 2 wird 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, 15.6.2012

Andreas Dietel

Anhang

**Anhang 1 – Teilrevision: Interne Revision in Medizin und Pflege,
PDOE, 7.2.2012**

38

Anhang 1 – Teilrevision: Interne Revision in Medizin und Pflege, PDOE, 7.2.2012

<p>Allgemeines:</p>	<p>Auditoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frau Heyn, PDLI - Frau Welti, SZFR - 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. Zu allen gegebenen Anlässen (siehe unten) ebenso alle weiteren ggf. schon archivierten Unterlagen vorhalten.</p> <p>Wir werden im Verlauf der Teilrevision Patienten besuchen. Die sechs bis zwölf Patienten werden wir am Morgen als Zufallsstichprobe auswählen (bspw. mit FeM, Risikofaktoren, Soziale Betreuung, Veränderungen seit Übernahme der Pflege). Die Akten von mindestens drei Patienten dieser Stichprobe werden wir eingehender behandeln, indem diese von ihren Bezugspflegefachkräften vorgestellt werden, bei Bedarf auch mehr (siehe unten).</p>
<p>Tagesablauf</p>	<p>Inaugenscheinnahme ausgewählter Patienten / Dokumentationsvisite / Nachweisdokumente / Bereichsbegehungen</p> <p>9.00 – 9.05 Uhr Auswahl der Patientenstichprobe aus der Gesamtliste (→ Einverständniserklärungen)</p> <p>9.05 – 9.30 Uhr Gesprächspartner – Allgemeines zur Einrichtung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - HG / GF / PDL / stv. PDL / QMB / Hauswirtschaft sowie ggf. weitere Gesprächspartner, die die Einrichtung auswählt. Bitte tragen Sie die Namen der Mitarbeiter und deren Funktion ein und geben Sie uns den Plan zum Morgen des ersten Tages zurück bzw. übersenden die Datei an A. Dietel. - Was gibt es Neues? ggf. Managementbewertung 2011 / Projekte 2012 / Schwerpunkte 2012? <p>9.30 – 11.00 Uhr Inaugenscheinnahme ausgewählter Patienten (→ Einverständniserklärung) – Auswahl eines oder mehrerer Patienten pro Auditor zur Dokumentationsvisite (s.u.)</p> <p>11.00 – 12.30 Uhr Begehung der Regionalbereiche Unterlagen / Medien: ggf. Intranet, Unterlagen zur Leistungsbeschreibung, Speisepläne, Begehungsprotokolle → Maßnahmenpläne, Fortbildungspläne, Dienstpläne, Reinigungspläne, Teilnehmerlisten etc. Schwerpunkte: Nationale Expertenstandards, Fehlermanagement, Vorbeugung, Hygiene, Pflegevisiten, Fort- und Weiterbildung, Management der Risikopatienten, Überprüfung ihrer Wirksamkeit; Regionalbereiche: Befragung von Mitarbeitern / Einsicht in Patientenakten mit Prüfung ausgewählter Schwerpunkte (z.B. Medikamentenanordnung, Dekubitus-/Wundmanagement, Schmerzmanagement, Freiheitsentziehende Maßnahmen, Kontinenz, Ernährung)</p> <p>12.30 – 13.15 Uhr Mittagspause</p>

13.20 – 15.15 Uhr

Dokumentationsvisite - Vorstellung von mindestens **drei begutachteter Patienten** anhand der Akten – **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) und abgeleiteter Maßnahmen und Ergebnissen).

15.15 – 16.15 Uhr

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

16.20 – 16.30 Uhr

Abschlussbesprechung mit allen Teilnehmern und Interessierten / Rückmeldung an die Auditoren

A. Dietel
Referat Produkte