

Scheve Management
Referat Produkte

Seniorenzentrum Bethel Bad Oeynhausen:
Interne Revision in Medizin und Pflege
vom 06.02.2012

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

Bericht im Auftrag des Gesellschafters

Auditoren:

Andreas Dietel, Monika Welti, Helga Heyn



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	10
4.1	Begutachtungen von Wohnbereichen	10
4.1.1	<i>Wohnbereich Sonnenblume, Rosenallee, Enzianpark etc.</i>	10
4.2	Begutachtungen von Bewohnern	11
4.2.1	<i>Bewohner 1</i>	11
4.2.2	<i>Bewohner 2</i>	12
4.2.3	<i>Bewohner 3</i>	13
4.2.4	<i>Bewohner 4</i>	14
4.2.5	<i>Bewohner 5</i>	15
4.2.6	<i>Bewohner 6</i>	16
4.2.7	<i>Bewohner 7</i>	17
4.2.8	<i>Bewohner 8</i>	18
4.3	Überprüfung der Dokumentation	19
5	Zusammenfassung	21

Anhang 23

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

1 Einleitung

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

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

Seit 2003 werden alle Unternehmensbeteiligungen des Diakoniewerkes Bethel (im Folgenden: DwB) durch den Gesellschafter einmal jährlich überprüft. Ziel der Internen Revision in Medizin und Pflege (im Folgenden: Revision) war und ist es, die Einrichtungen bei der Qualitätssicherung und –entwicklung zu unterstützen, eine Rückmeldung über den jeweiligen Entwicklungsstand zu geben und in allen 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: 06.02.2012

Uhrzeit / Thema der Revisionstage

1. Tag: von: 09.00 bis: 17.00 Uhr

Anwesende Personen:

Auditorengruppe:

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

Gesprächspartner der Einrichtung:

1. Herr Knollmann, HGF
2. Frau Möller, GF / PDL
3. Frau Rösch, stellv. PDL / WBL
4. Frau Heinemann, QMB
5. Frau Fuchs, WBL
6. Herr Detert, WBL
7. Herr Bunzel, HKLTG
8. Frau Risener, WVLTG
9. Frau Pietsch, HWLTG

Mitarbeiter aus den Abteilungen

Wann wurde die Einrichtung zuletzt von anderen Qualitätsprüfungsinstitutionen besucht

Begutachtung zur Systemförderung DIN EN ISO 9001:2008 u. Diakonie Siegel Pflege im Juni 2011.
Begutachtung durch die BIVA im Juni 2011.
Regelprüfung nach §§114ff. SGB XI durch den MDK im Mai 2011.

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

Name der Einrichtung: Seniorenzentrum Bethel Bad Oeynhausen gGmbH
Gesellschafter: Diakoniewerk Bethel gemeinnützige GmbH
HG: Joachim Knollmann
PDL: Cornelia Möller
Stv. PDL: Beatrice Rösch

Seit wann besteht die Einrichtung?

Seit 1977.

Welche Zusatzleistungen / Spezialisierungen werden von der Einrichtung angeboten?

Keine.

Art der Einrichtung und Versorgungssituation

Anzahl Patienten: 187, davon 16 eingestreute Kurzzeitpflegeplätze.
 Aktuelle Belegung: 175
 Auslastung in %: 93,58%

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

		Monat 2012
a.	Wachkoma	0
b.	Beatmungspflicht	0
d.	Dekubitus	5
c.	Blasenkatheter	34
e.	PEG-Sonde	8
f.	freiheitseinschränkende Maßnahmen	46
g.	Kontraktur	57
h.	Vollständige Immobilität	16
i.	Tracheostoma	0
j.	MRSA	3
k.	Diabetes Mellitus	24

Struktur der Wohn- und Pflegebereiche / Stationen

Wohnbereich / Stat.	geht über Ebenen		Anzahl Wohnplätze				davon nach SGB XI eingestuft in Pflegestufe					Härte-fälle	A
	1	>1	1	2	3	>3	Belegung / Versorgung Gesamt	0	I	II	III		
Kleeblattallee	x		7	17			4	9	12	6		1	
Sonnenblumenallee	x		7	17			5	14	15	5			
Rosenallee	x		7	17			4	14	13	7			
Enzianpark		x	50	12			12	41	12	1			
Gesamt:			134				175	25	78	52	19	0	1

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

	ja	nein
stufenloser Eingang	x	
Aufzüge mit für Rollstuhlfahrer erreichbaren Bedienelementen	x	
Handläufe in den Fluren bds.	x	
Haltegriffe im Sanitärbereich (Toiletten, Dusche Badewanne)	x	
Behindertengerechtes Bad und Toilette auf jeder Etage	x	
Fäkalienspüle auf jeder Etage	x	
intakte und erreichbare Rufanlage	x	
höhenverstellbare Pflegebetten (elektrisch/hydraulisch?)	x	
rutschfester Fußboden	x	
Nachtbeleuchtung	x	
allg. Orientierungshilfen	x	

Zusammensetzung Pflegepersonal (MDK 3.8)

	Vollzeit		Teilzeit		Gesamt-	Geringf. Beschäftigte	
	Anzahl MA	Stunden	Anzahl MA	Stunden		Anzahl MA	Stunden
Qualifikationen							
Krankenschwestern	6,00	240,00	0,00	0,00	240,00	0,99	39,60
Altenpfleger/-innen	12,00	480,00	1,75	70,00	550,00	0,33	13,20
Pflegehilfskräfte ohne Qualifikation	10,00	400,00	10,90	436,00	836,00	5,28	211,20
Pflegehilfskräfte mit Basisqualifikation	4,00	160,00	1,75	70,00	230,00	0,00	0,00
Auszubildende	6,00	240,00	0,00	0,00	240,00	0,00	0,00
Gesamt:	38,00	1520,00	14,40	576,00	2096,00	6,60	264,00

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. Die Bewertung der Verfahrensanweisungen, Konzepte und Standards fokussierte dieses Jahr auf das Fehler- und Vorbeugemanagement und die Nationalen Expertenstandards. Die Bewertungen entsprechen denen des Vorjahres (**siehe Kapitel 5, Zusammenfassung**).

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
Rückblick 2011 F: Speiseversorgung: Ernährungsprogramm umgestellt; eine Diätassistentin besucht alle Bewohner und nimmt Wünsche und Besonderheiten entgegen - Zertifizierung nach RAL. F: EDV-Programm zur Ernährung: Die Mitarbeiter der Pflege informieren über die Ein- und Ausfuhr, so dass das Speiseangebot angepasst werden kann. F: Einführung der Nationalen Expertenstandards. F: Mitarbeiterbefragung nach Leitfaden der Berufsgenossenschaft (Belastungen körperlicher und psychischer Art). F: Umbau des Erdgeschosses - Apartments für die Gruppe 50+ - konnte noch nicht abgeschlossen werden. F: Umgang mit demenzkranken Menschen aus dem Apartmentbereich vertiefen - Ziel: Bewohner sollen in ihrem Umfeld bleiben, nicht ins Seniorenzentrum einziehen. F: Einführung des neuen Pflegevisitenkatalogs - Durchführung und Auswertung.	

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
Ausblick 2012 F: Ein Ziel - Sport- und Entspannungsangebote für die Mitarbeiter umzusetzen - ist aus den Ergebnissen der Belastungsbefragung entstanden. F: Zertifizierung und Implementierung als Palliativkompetentes Seniorenzentrum. F: Tiegestützte Therapie zur Verbesserung der Interaktion und Kommunikation um die Lebensqualität der Bewohner zu steigern.	

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

4 Begutachtungen

4.1 *Begutachtungen von Wohnbereichen*⁴

4.1.1 Wohnbereich Sonnenblume, Rosenallee, Enzianpark etc.

Die Bewertung der Wohnbereiche entspricht im Wesentlichen denen des letzten Jahres. Inzwischen wurden brandschutzkonforme Möbelstücke für Flure und Gemeinschaftsräume angeschafft, die sehr gut in die Farbgebung der Wohnbereiche integriert sind (**Bewertungen siehe Kapitel 5, Zusammenfassung**).

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

4.2 Begutachtungen von Bewohnern

4.2.1 Bewohner 1

Datum:	7.2.12	Geb.Datum:	
Name, Vorname:		Bereich / Abteilung:	
Betreuung:	Angehörige	Pflegestufe:	1
Derzeitige Situation:	Pflegestufe 1 - Unterstützung bei allen Lebensaktivitäten, kann mittels Rollator durch die Einrichtung gehen - Sturzgefahr; stabiler BMI (31) seit Jahren. Verhaltensauffälligkeit: Psychose (Halluzinationen, Ängste), die jedoch medikamentös eingestellt und stabil ist; teilinkontinent.		
Medizinische Diagnosen:	Psychose		
Aktueller Zustand / Umfeld:			
Haare:		Ohren:	
Lippen:		Zähne:	
Zunge:		Achseln:	
Finger / Fingernägel		Schulterblätter:	
Bauchnabel:		Hüften:	
Analgegend:		Leistenbereich:	
Fuß/Ferse/Fußnägel:		Zehenzwischenräume:	
Ernährungszustand:		PEG/Sondennahrung:	
Wunden:		Orientierung:	Adäquat.
DK:		IKM:	
Atmosphäre:	Wohnlich, persönlich.	Bett (auch: höhenverstellbar)	Sauber, gepflegt.
Sauberkeit Zimmer / Nachtschne / Hilfsmittel	Sehr sauber.	Gerüche:	Keine.
Nasszelle / WC:	Waschecke sehr sauber.	Mobiliar:	Standard.
Zufriedenheit:			
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	"Interessiert mich nicht so."	Essen:	"Das Essen schmeckt."
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):	"Ich bin früher in die Andachten gegangen, aber nun nicht mehr."	Pflegerische Versorgung:	"Die Schwestern sind sehr nett."
Medizinische Versorgung:		Therapeutische Anwendungen:	
Sollte etwas verbessert werden?	"Ich habe keine Wünsche."	Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	
Bewertung:			
Sollte etwas verbessert werden?			
Gesamteindruck / Bewertung:	Die Bewohnerin wird pflegerisch sehr gut versorgt.	+ / -	

4.2.2 Bewohner 2

Datum:	6.2.12	Geb.Datum:	
Name, Vorname:		Bereich / Abteilung:	
Betreuung:	Angehörige	Pflegestufe:	1
Derzeitige Situation:	Zustand nach Sturz Ende 2011 - Hämatom mit Zerstörung des Subkutangewebes des Knöchels links; Dekubitus 2 Grades am Gesäß - Steißbereich (im Krankenhaus erworben) --> kam zur Kurzzeitpflege in die Einrichtung. Benötigt viel Unterstützung und Motivation (Selbstvertrauen durch den Sturz eingeschränkt) - geht nun mit dem Gehstock und dem Rollator durch die Einrichtung. Wunde und Dekubitus sind abgeheilt. Kontinent, keine Schmerzäußerungen. Zeitweise orientiert, kooperativ.		
Medizinische Diagnosen:	Hypokaliämie, Hämatom am linken Oberschenkel.		
Aktueller Zustand / Umfeld:			
Haare:	iO	Ohren:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	Prothesen - iO
Zunge:	iO	Achseln:	Keine Inspektion.
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	Keine Inspektion.
Bauchnabel:	Keine Inspektion.	Hüften:	Keine Inspektion.
Analgegend:	Keine Inspektion.	Leistenbereich:	Keine Inspektion.
Fuß/Ferse/Fußnägel:	Keine Inspektion.	Zehenzwischenräume:	Keine Inspektion.
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.
Wunden:	Narbe linker Knöchel - Wundprotokoll mit Fotos; Dekubitus 2° - Wundprotokoll und Fotos vorhanden; beide Wunden abgeheilt.	Orientierung:	Zeitweise orientiert, manchmal vergesslich.
DK:	t.n.z.	IKM:	Kontinent - meldet sich in der Nacht wenn sie zur Toilette möchte.
Atmosphäre:	Sachlich. Schöne Aussicht, Balkon.	Bett (auch: höhenverstellbar)	Sehr sauber, gepflegt.
Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel	Sehr sauber.	Gerüche:	Schwache Gerüche.
Nasszelle / WC:	Waschecke - sehr sauber.	Mobiliar:	Standard.
Zufriedenheit:			
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):		Essen:	"Das Essen schmeckt mir immer sehr gut."
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):	"Ich bin Gemeindemitglied."	Pflegerische Versorgung:	"Die Schwestern sind sehr nett."
Medizinische Versorgung:		Therapeutische Anwendungen:	
Sollte etwas verbessert werden?	"Ich bin dankbar und zufrieden, dass ich hier so gut untergebracht bin."	Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	
Bewertung:			
Sollte etwas verbessert werden?			
Gesamteindruck / Bewertung:	Die Bewohnerin wird pflegerisch sehr gut versorgt und fühlt "sich gut bedient".	+ / -	

4.2.3 Bewohner 3

Datum:	6.2.2012			Geb.Datum:	
Name, Vorname:				Bereich / Abteilung:	
Betreuung:	Angehörige			Pflegestufe:	2
Derzeitige Situation:	Teilweise Unterstützung bei den Lebensaktivitäten (Waschen, Anziehen), Unterstützung beim Essen - isst wenig (BMI 16,6); Inkontinent; Mobilisation in den Stuhl - kann mit dem Rollstuhl durch die Einrichtung laufen - sturzgefährdet. Singt viel und nimmt gerne am Singen teil; Verhalten gegenüber dem Umfeld sehr unterschiedlich - reagiert auf Tiere sehr positiv - die 'Einrichtungskatze' geht gerne zu ihr und schläft dort.				
Medizinische Diagnosen:	Demenz.				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:	Keine Inspektion.	Augen:	Linkes Auge: inkomplettes Schließen - Augentropfen.
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.
Analgend:	Keine Inspektion.	Leistenbereich:	Keine Inspektion.	Intimbereich:	Keine Inspektion.
Fuß/Ferse/Fußnägel:	Keine Inspektion.	Zehenzwischenräume:	Keine Inspektion.	Hautzustand:	iO - kalte Hände.
Ernährungszustand:	BMI 16,6 - für die Bewohnerin normal. Planung angelegt (Bericht).	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.	ggf. Ödeme:	t.n.z.
Wunden:		Orientierung:	Keine adäquaten Antworten.	Schmerzen:	Keine Äußerung.
DK:		IKM:	Offen (-> Pflegeplanung)		
Atmosphäre:	Die Zimmer sind nüchtern, aber sehr ordentlich und aufgeräumt.	Bett (auch: höhenverstellbar)	Sehr sauber und ordentlich.	Wandschmuck/Bilder	Persönliches.
Sauberkeit Zimmer / Nachtsische / Hilfsmittel	Sehr sauber.	Gerüche:	Keine.	Kleidung:	Persönlich.
Nasszelle / WC:	Sehr sauber.	Mobiliar:	Standard.		
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Keine Befragung möglich.		Essen:	Das Essen schmeckt.	
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?					
Gesamteindruck / Bewertung:	Die Bewohnerin wurde körperlich nicht inspiziert, da sie unruhig ist. Soweit erkennbar, wird sie pflegerisch sehr gut versorgt.			+ / -	

4.2.4 Bewohner 4

Datum:	6.2.2012		Geb.Datum:		
Name, Vorname:			Bereich / Abteilung:		
Betreuung:	Tochter Vorsorgevollmacht		Pflegestufe:	3	
Derzeitige Situation:	Bettlägerig, Ernährung über PEG, passierte Kost dazu, privater Hausarzt, Ernährung über diesen geregelt				
Medizinische Diagnosen:	Apoplex, Facialisparese re, Schluckstörungen seit 2008 PEG, Inkontinenz,				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:	iO	Augen:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	Lückenhaft	Zahnfleisch:	iO
Zunge:	iO	Achseln:	Nicht inspiziert	Ellenbogen:	iO
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	Nicht inspiziert	Brust:	iO
Bauchnabel:	iO	Hüften:		Gluteal / Sakral	nicht inspiziert
Analgegend:	Nicht inspiziert	Leistenbereich:	iO	Intimbereich:	iO
Fuß/Ferse/Fußnägel:	iO	Zehenzwischenräume:	iO	Hautzustand:	trocken, gut gecremt
Ernährungszustand:	BMI 21,1, gut	PEG/Sondennahrung:	750 ml Nahrung/1750 H2O	ggf. Ödeme:	t.n.z.
Wunden:	Stirn Hautirritation, PEG	Orientierung:	Keine Angabe.	Schmerzen:	t.n.z.
DK:	t.n.z.	IKM:	Tena pands		
Atmosphäre:	Kärglich, aber privat	Bett (auch: höhenverstellbar)	Vorhanden	Wandschmuck/Bilder	Wenig.
Sauberkeit Zimmer / Nachtsiche / Hilfsmittel	Sauber	Gerüche:	Keine	Kleidung:	Nachthemd.
Nasszelle / WC:	Sauber	Mobiliar:	Privat		
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Keine adäquate Auskunft möglich.		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:	Freundlich, zugewandt.	
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?					
Gesamteindruck / Bewertung:	Die pflegerische Versorgung ist sehr gut.		+ / -		

4.2.5 Bewohner 5

Datum:	6.2.12		Geb.Datum:		
Name, Vorname:			Bereich / Abteilung:		
Betreuung:			Pflegestufe:	2	
Derzeitige Situation:					
Medizinische Diagnosen:	Morbus Parkinson				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	Verschwitz	Ohren:	iO	Augen:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	iO	Zahnfleisch:	Nicht inspiziert
Zunge:	iO	Achseln:	Nicht inspiziert	Ellenbogen:	iO
Finger / Fingernägel	Etwas lang.	Schulterblätter:	Nicht inspiziert	Brust:	Nicht inspiziert
Bauchnabel:	Nicht inspiziert	Hüften:	Nicht inspiziert	Gluteal / Sakral	Nicht inspiziert
Analgegend:	Nicht inspiziert	Leistenbereich:	Nicht inspiziert	Intimbereich:	Nicht inspiziert
Fuß/Ferse/Fußnägel:	Nicht inspiziert	Zehenzwischenräume:	Nicht inspiziert	Hautzustand:	Gepflegt
Ernährungszustand:	BMI 26,2	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.	ggf. Ödeme:	t.n.z.
Wunden:	Kleine, Schürfwunde Oberschenkel am Abheilen	Orientierung:	Vollständig orientiert.	Schmerzen:	Keine
DK:	Keinen	IKM:	Einlage		
Atmosphäre:	Gemütlich	Bett (auch: höhenverstellbar)	Sehr sauber und ordentlich.	Wandschmuck/Bilder	Viele persönliche Dinge.
Sauberkeit Zimmer / Nachttische / Hilfsmittel	Sehr sauber.	Gerüche:	Keine	Kleidung:	iO
Nasszelle / WC:	Sehr sauber.	Möbiliar:	Privates Möbiliar.		
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Nimmt an keinen Veranstaltungen teil.		Essen:	"Das Essen ist sehr gut."	
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):	"Kein Interesse."		Pflegerische Versorgung:	"Sehr gut."	
Medizinische Versorgung:			Therapeutische Anwendungen:	"Sehr gut." (2 x KG, 1 x Logo)	
Sollte etwas verbessert werden?	"Da fällt mir nichts ein."		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Angemessen, zugewandt.	
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?					
Gesamteindruck / Bewertung:	Die Bewohnerin wird pflegerisch sehr gut versorgt.		+ / -		

4.2.6 Bewohner 6

Datum:	6.2.12		Geb.Datum:		
Name, Vorname:			Bereich / Abteilung:		
Betreuung:	Bruder Vorsorgevollmacht		Pflegestufe:	1	
Derzeitige Situation:	Zustand nach fraglicher Polio, Krämpfe und Spasmen.				
Medizinische Diagnosen:	TEP, Coxarthrose.				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:	iO	Augen:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	Wackelzahn	Zahnfleisch:	iO
Zunge:	iO	Achseln:	Nicht inspiziert	Ellenbogen:	iO
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	Nicht inspiziert	Brust:	Nicht inspiziert
Bauchnabel:	Nicht inspiziert	Hüften:	Nicht inspiziert	Gluteal / Sakral	Nicht inspiziert
Analgegend:	Nicht inspiziert	Leistenbereich:	Nicht inspiziert	Intimbereich:	Nicht inspiziert
Fuß/Ferse/Fußnägel:	Nicht inspiziert	Zehenzwischenräume:	Nicht inspiziert	Hautzustand:	iO
Ernährungszustand:	BMI 25,2	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.	ggf. Ödeme:	t.n.z.
Wunden:	t.n.z.	Orientierung:	Zu allen Qualitäten orientiert.	Schmerzen:	Keine Angaben.
DK:	t.n.z.	IKM:	Einlagen		
Atmosphäre:	Wohnlich.	Bett (auch: höhenverstellbar)	Sehr sauber.	Wandschmuck/Bilder	Vorhanden.
Sauberkeit Zimmer / Nachttische / Hilfsmittel	Sehr sauber.	Gerüche:	Keine.	Kleidung:	Gepflegt.
Nasszelle / WC:	Sehr sauber.	Möbiliar:	Private Möbelstücke.		
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Bewohnerin nimmt gelegentlich teil.		Essen:	"Meistens ist das Essen sehr gut."	
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):	Selbstständige Auswahl der Angebote.		Pflegerische Versorgung:	"Sehr gut."	
Medizinische Versorgung:	"Gut, ich habe einen neuen Hausarzt durch meinen Umzug wählen müssen."		Therapeutische Anwendungen:	"Sehr gut."	
Sollte etwas verbessert werden?	"Ich wünsche mir mehr Krankengymnastik."		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Angemessen, zugewandt.	
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?					
Gesamteindruck / Bewertung:	Die pflegerische Versorgung ist sehr gut.				

4.2.7 Bewohner 7

Datum:	06.02.12		Geb.Datum:		
Name, Vorname:			Bereich / Abteilung:		
Betreuung:	Nichte Vollmacht		Pflegestufe:	1	
Derzeitige Situation:	bewegungseingeschränkt, BTM-Pflaster aufgrund von Schmerzen				
Medizinische Diagnosen:	Hypertonie, Mamma-Ca., Osteoporose, Parkinson Syndrom				
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:	Links eingeschränkt beweglich	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:	t.n.z.	Orientierung:	Vollständig.	Schmerzen:	Ganzkörperschmerzen.
DK:	t.n.z.	IKM:	Toilettenstuhl, kontinent.		
Atmosphäre:	Nüchtern, sachlich.	Bett (auch: höhenverstellbar)	Sehr ordentlich.	Wandschmuck/Bilder	Sachlich, kein Wandschmuck
Sauberkeit Zimmer / Nachtsiche / Hilfsmittel	Sehr sauber.	Gerüche:	Keine.	Kleidung:	Persönlich.
Nasszelle / WC:	Sehr sauber.	Mobiliar:	Besitzt nur einen Sessel.		
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Keine Teilnahme		Essen:	"Es schmeckt."	
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):	Seelsorger kommt regelmäßig		Pflegerische Versorgung:	"ich fühle mich sehr gut versorgt."	
Medizinische Versorgung:			Therapeutische Anwendungen:		
Sollte etwas verbessert werden?			Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Angemessen, zugewandt (es wird angeklopft und begrüßt; auf die Bewohnerin eingegangen).	
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?	E: Die Bewohnerzimmer sind teilweise sehr nüchtern eingerichtet - wenn möglich sollte die Einrichtung mit eigenen Gegenständen für die Verschönerung der Zimmer sorgen.				
Gesamteindruck / Bewertung:	Die pflegerische Versorgung ist sehr gut.		+ / -		

4.2.8 Bewohner 8

Datum:	06.02.12		Geb.Datum:		
Name, Vorname:			Bereich / Abteilung:		
Betreuung:	GV beim Sohn		Pflegestufe:	1	
Derzeitige Situation:	Bettlägerig, immobil, ablehnendes Verhalten gegenüber dem Personal.				
Medizinische Diagnosen:	ESBL positiv, Koronarsyndrom, Femurfraktur links, Allergien gegen Amoxicillin, Mirtazipin; Dekubitus li. Ferse				
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:	Dekubitus linke Ferse, nekrotisch.	Orientierung:	Vollständig.	Schmerzen:	Ja, Schmerzverlauf vorhanden.
DK:	t.n.z.	IKM:	Offen.		
Atmosphäre:	Wohnlich.	Bett (auch: höhenverstellbar)	Sehr sauber und ordentlich.	Wandschmuck/Bilder	Persönlicher Wandschmuck.
Sauberkeit Zimmer / Nachtsiche / Hilfsmittel	Sehr sauber.	Gerüche:	Keine.	Kleidung:	Persönlich.
Nasszelle / WC:	Sehr sauber.	Mobiliar:	Standard, nüchtern.		
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Kein Interesse.		Essen:	"Das Essen ist bestens."	
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):			Pflegerische Versorgung:	"Ich fühle mich gut versorgt."	
Medizinische Versorgung:	Sehr zufrieden mit dem Arzt.		Therapeutische Anwendungen:		
Sollte etwas verbessert werden?	Bewohnerin ist sehr zufrieden		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Angemessen, zugewandt.	
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?					
Gesamteindruck / Bewertung:	Die pflegerische Versorgung ist sehr gut.		+ / -		

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 Schrifführung in Schulnoten	
1.																												
	Dokumentation nicht überprüft.																											
2.																												
	Dokumentation nicht überprüft.																											
3.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1,0
	<p>Zustand bei Aufnahme (seit 06/2007): Demenz - konnte von einem Angehörigen nicht mehr zu Hause versorgt werden. Benötigt Unterstützung in allen Lebensaktivitäten. Pflegestufe 1 - konnte mit Hilfe des Rollators durch die Einrichtung laufen, ging selbst auf die Toilette. Nahm gerne an Veranstaltungen und Gruppenangeboten teil - besuchte beispielsweise die Andachten regelmäßig. BMI 17,7.</p> <p>Schlüsselergebnisse: Sturz mit Oberschenkelhalsfraktur rechts.</p> <p>Gegenwärtiger Zustand: Pflegestufe 2 aufgrund zunehmender Demenz - kann nur noch kurze Strecken laufen. Toilettenstuhl. BMI 16,6. Isst (hochkalorische Kost) und trinkt gut (--> Trinkprotokoll). Benötigt teilweise Unterstützung in allen Lebensaktivitäten. Keine Schmerzäußerungen. Sturzgefährdet (festes Schuhwerk). Keine Dekubitusgefahr - gute Eigenbewegungen, lagert sich selbst im Bett.</p> <p>Ausblick: Erhaltung der noch vorhandenen Ressourcen.</p> <p>Bewertung: Die Biografie liegt vor und wurde geschildert. Das Sturzprotokoll des Schlüsselergebnisses liegt vor - Beobachtungen sind dokumentiert. Die Planungen wurden angepasst, Pflegevisitenprotokolle liegen vor.</p>																									1,5		
4.																												
	Dokumentation nicht überprüft.																											

	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 Hamkontinenz*	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	1,0
	<p>Zustand bei Aufnahme (seit 04/2009): Selbstständig, orientiert - nahm an Beschäftigungsangeboten teil und verfügte über ein eigenes 'soziales Netzwerk': Spaziergänge, Kartenspiel. Konnte sich aber aufgrund der Grunderkrankung (Morbus Parkinson) nicht mehr zu Hause versorgen. Pflegestufe 0. Sturzgefährdet (Grunderkrankung).</p> <p>Schlüsselergebnisse: Medikamentenumstellung mit Krankenhausaufenthalt 2009 - lehnte weitere Maßnahmen ab.</p> <p>Gegenwärtiger Zustand: Pflegestufe 2 - Unterstützungsbedarf gestiegen. Starker, tagesabhängiger Tremor begleitet durch starkes Schwitzen. Orientiert - kann sich teilweise noch den Oberkörper waschen. Nimmt nicht mehr an der Beschäftigung teil, da die Bewohnerin sich schonen möchte. Ihr Netzwerk nimmt sie ebenso nicht so stark in Anspruch. Angehörige und Freunde besuchen sie weiterhin. Spielt immer noch gerne Karten und liest gerne. Äußert Angst, dement zu werden und nimmt daher am Gedächtnistraining teil. Isst und trinkt ausreichend und bewegt sich selbstständig mit dem Rollstuhl durch die Einrichtung. Logopädie und Krankengymnastik: organisiert sie mit Hilfe ihres Hausarztes. Mehrfach gestürzt - Protokolle liegen vor.</p> <p>Ausblick: Die chronische Erkrankung lässt sich nicht aufhalten, jedoch kann die Mobilität und Selbstständigkeit so weit wie möglich unterstützt werden.</p> <p>Bewertung: Die Schilderung des Verlaufs ist kompetent, die Dokumentation umfassend.</p>																									1,0	
6.	Dokumentation nicht überprüft.																										
7.	2	2	2	2	2	2	2	2	2		2	2		2	2				2	2	2					2	1,0
	<p>Zustand bei Aufnahme (seit 09/2011): Morbus Parkinson, Osteoporose mit starker Verkrümmung der Wirbelsäule. Konnte sich nach Krankenhausaufenthalt nicht mehr zu Hause versorgen. Kontrakturprophylaxe, Bewegungseinschränkung - Dekubitusgefahr; Mobilisation mittels Rollator oder in den Rollstuhl. Orientiert. Kontinent - forderte Hilfe zum Gang auf die Toilette an. Laktoseintoleranz - spezielle Speisen (Joghurts und Marmeladen) - BMI 23. Gegen Schmerzen (Osteoporose) Basismedikation - keine weiteren Bedarfsmedikamente notwendig. Keine eigenen Kinder - zu den Angehörigen der Bewohnerin besteht ein gutes Verhältnis. Fester Seelsorger wird in der Biografie benannt. Intertrigo-gefahr.</p> <p>Schlüsselergebnisse: Zog zwischenzeitlich in ein anderes Seniorenzentrum, kam dann aber zurück, weil es der Bewohnerin hier besser gefiel.</p> <p>Gegenwärtiger Zustand: Schmerzmittelbedarf stabil - Basismedikation reicht aus; orientiert - geht nun häufiger alleine zur Toilette und hilft verstärkt bei den pflegerischen Maßnahmen; Dekubitusrisiko hat sich gemäß Bradenskala verringert; hat sich gut in die Einrichtung eingelebt. Allgemeinzustand unverändert. Nimmt das Beschäftigungsangebot nicht wahr.</p> <p>Ausblick: Die Bewohnerin wird in die Nähe ihrer Schwester ziehen, die erkrankt ist. Bis dahin soll der Zustand stabil und ihre Selbstständigkeit erhalten bleiben.</p> <p>Bewertung: Die Schilderung ist kompetent, die Dokumentation in den gesehenen Teilen umfassend.</p>																									1,0	
8.	Dokumentation nicht überprüft.																										

Legende:
 2 = Vollständig
 1 = teilweise vorhanden
 0 = nicht vorhanden
 kein Eintrag / t.n.z. = trifft nicht zu

5 Zusammenfassung

Alle Leitungen stellten ihre Einrichtung zu Beginn aus ihrer Perspektive vor: Viele Ziele des letzten Jahres wurden erreicht, neue einrichtungs- und abteilungsspezifische Ziele und Projekte für 2012 festgelegt. Für die Auditorengruppe war die Arbeitsatmosphäre sehr angenehm und geprägt von Kooperation und Kollegialität.

Wegen der sehr guten Ergebnisse der letzten Jahre wurden dieses Mal im Wesentlichen nur zwei der sechs Kategorien vollständig bewertet: Ergebnisqualität der Bewohnerversorgung sowie die der Dokumentation.

In beiden Kategorien ist die Einrichtung bethelweit sehr weit vorangeschritten und hat wiederum ein sehr gutes Ergebnis erzielt. Die gesehenen Bewohner waren durchgehend pflegerisch sehr gut versorgt und diejenigen, die befragt werden konnten, äußerten sich stets sehr zufrieden mit ihrer Betreuung.

Die Dokumentation ist aussagekräftig und umfassend: Alle geprüften Prozesse - beispielsweise die Versorgung ‚Mangelernährter‘ - wurden vollständig und lückenlos dokumentiert.

Die Pflegefachkräfte arbeiten mit Pflegediagnosen, die einrichtungsweltweit den sogenannten Lebensaktivitäten (LA) nach Roper zugeordnet werden. Der Verlauf der Erscheinungsbilder der Bewohner ist aus der Pflegeplanung, der Evaluation der Ergebnisse und dem Pflegebericht sowie mitgeltenden Dokumenten ersichtlich.

Der Umgang mit den Ergebnissen ist sach- und fachgerecht: Beispielsweise führen Pflegevisitenergebnisse zu Schulungsmaßnahmen, so dass sich Fehler verringern oder nicht mehr auftreten.

Die Vorstellungen der Bewohner durch die jeweiligen Bezugspflegefachkräfte waren fachlich sehr fundiert und schlossen auch kognitive Fähigkeiten, das soziale Umfeld und biographische Daten ein. Schlüsselereignisse, wie Stürze, ließen sich anhand der Dokumentation nachvollziehen.

Die Einrichtung sollte prüfen, ob Pflegediagnosen, die in der Pflegeplanung nicht mehr aktuell sind oder sich als nicht zutreffend erwiesen haben (Beispiel ‚Mangelernährung‘), abgesetzt werden könnten, anstatt regelmäßig evaluiert zu werden. Im vorliegenden Fall wurde

die ‚Mangelernährung‘ in regelmäßigen Abständen geprüft, obwohl der vermeintlich niedrige Body-Mass-Index einer Bewohnerin von 17 ihrem Normalwert entspricht.

In den anderen vier stichprobenartig geprüften Kategorien konnte die Einrichtung ihr sehr gutes Niveau der Vorjahre halten.

Vor kurzem wurde dies im Rahmen einer MDK-Prüfung ebenfalls festgestellt (siehe Internetauftritt der Einrichtung).

Das sehr gute Ergebnis spiegelt sich in folgenden Noten 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)		
		10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12
SZOE	06.02.2011	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1	1	1	1-2	1 -	1	1,1	1,0	1,0

* 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

Anhang

Anhang 1 – Interne Revision in Medizin und Pflege, SZOE, 6.2.2012_____ 24

Anhang 1 – Interne Revision in Medizin und Pflege, SZOE, 6.2.2012

<p>Allgemeines:</p>	<p>Auditoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frau Welti, SZFR - Frau Heyn, PDLI - 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, die nicht über MCC aufgerufen werden können.</p> <p>Wir werden im Verlauf der Teilrevision Bewohner besuchen. Die sechs bis zwölf Bewohner werden wir am Morgen als Zufallsstichprobe auswählen (bspw. mit FeM, Risikofaktoren, Soziale Betreuung, Veränderungen seit Einzug). Die Akten von mindestens zwei Bewohnern 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 Bewohner / Dokumentationsvisite / Nachweisdokumente / Bereichsbegehungen</p> <p>9.00 – 9.05 Uhr Auswahl der Bewohnerstichprobe 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 / Sozialdienst / Soziale Betreuung / Technischer Dienst / Hauswirtschaft: Speiseversorgung, Reinigung, Wäschereiversorgung 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 Bewohnern (→ Einverständniserklärung) – Auswahl eines oder mehrerer Bewohner pro Auditor zur Dokumentationsvisite (s.u.)</p> <p>11.00 – 12.30 Uhr Begehung der Wohnbereiche 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 Risikobewohner /-patienten, Überprüfung ihrer Wirksamkeit; Wohnbereich(e): Befragung von Mitarbeitern / Einsicht in Bewohnerakten 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 Bewohner** anhand der Akten **und mit Hilfe von MCC – 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