

4.2 Die Pflegevisite

Aus Sicht des Qualitätsmanagements ist die Pflegevisite ein wichtiges Instrument, die Ergebnisqualität der Versorgung und Betreuung von Bewohnern zu erheben und auszuwerten. Für die Bewohner und seine Angehörigen bietet sich durch die Teilnahme an der Pflegevisite eine Möglichkeit, in die Versorgung und Betreuung aktiv und systematisch mit einbezogen zu werden. Für die Einrichtung und die Mitarbeiter sind die Ergebnisse der Pflegevisite Anlass zur Selbststeuerung und Qualitätsverbesserung.

Autorin: Christine Seiz-Göser

4.2.1 ZIEL UND ZWECK

Die Visite ist aus dem Krankenhaus bekannt. Der Arzt kommt täglich zur Visite, einmal in der Woche auch der Oberarzt oder Chefarzt, um den Therapie- und Behandlungsverlauf bei den Patienten zu überwachen. Die Pflegevisite als eigenständiger Besuch beim Patienten durch Pflegefachkräfte ist im klinischen Bereich nicht bekannt.

Die Pflegevisite wird als Begriff vornehmlich in der Altenpflege verwendet und wurde vor allem durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen in die Praxis eingeführt. In den Qualitätsprüfrichtlinien nach §§ 114 ff. SGB XI wird im Kapitel 6, Frage 6.4 nach Maßnahmen der internen Qualitätssicherung gefragt. Beispielhaft sind verschiedene Maßnahmen aufgeführt, unter anderem auch die Pflegevisite.

Einen Expertenstandard gibt es für die Pflegevisite nicht.

Für den Begriff der Pflegevisite gibt es keine einheitliche Definition. Es existierten eine Vielzahl von unterschiedlichen Definitionen und Konzepten, die der Einrichtung einen gewissen Spielraum zur individuellen Ausgestaltung eröffnen.

Der DBfK Nordost e. V. hat sich in seinem Leitfaden auf folgende Definition geeinigt: *„Die Pflegevisite ist ein inhaltlich und gestalterisch flexibles Instrument zur Überprüfung der Umsetzung des Pflegeprozesses sowie der Sicherung und Weiterentwicklung von Pflegequalität. Die Pflegevisite erfolgt in festgelegten Abständen auf der Basis von strukturierten Gesprächen und Beobachtungen im direkten pflegerischen Umfeld durch Pflegefachkräfte, unter Mitwirkung des Klienten und ggf. seiner Angehörigen bzw. Bezugspersonen.“* (DBfK 2010)

Bei den Überlegungen, welche Form der Pflegevisite für das eigene Haus sinnvoll und angemessen ist, legen Sie zunächst die Zielsetzung fest.

Zuerst gemeinsam das Grundverständnis zur Pflegevisite klären.

Wer Pflege plant und durchführt, muss sie auch überwachen.

Um wen geht es eigentlich?

Was soll im Fokus der Pflegevisite stehen? Der **Bewohner** oder der **Mitarbeiter**? Die Pflegevisite eignet sich, die Zufriedenheit und den Pflegeprozess unter Einbeziehung aller Beteiligten, inkl. des Bewohners und seiner Angehörigen transparent zu machen. In einem persönlichen Gespräch mit dem Bewohner und seinen Angehörigen im Rahmen einer Pflegevisite, werden häufig sehr individuelle Wünsche ausgesprochen, die manchmal ohne viel Aufwand zu einer Verbesserung von Lebensqualität führen. Pfliegerische Maßnahmen können gegenüber dem Bewohner und seinen Angehörigen nachvollziehbar erläutert werden und führen zu einer größeren Akzeptanz.

Im Rahmen der mitarbeiterorientierten Pflegevisite kann die pflegfachliche Kompetenz von Mitarbeitern überprüft werden. Das bedeutet, dass die Pflegekraft während der Ausübung ihrer Tätigkeit beim Bewohner von der visitierenden Pflegefachkraft supervidiert wird. Diese Form der Pflegevisite erfordert andere Rahmenbedingungen als die bewohnerorientierte und wird hier nicht weiter erläutert. Die Erfahrung zeigt, dass sich dazu aus arbeitsrechtlicher Sicht besser das Instrument der Fachaufsicht eignet.

Was soll damit erreicht werden?

Welchen Charakter soll die Pflegevisite haben? Ist die Pflegevisite für Sie ein **Kontrollinstrument** oder hat sie auch eine **Beratungsfunktion** gegenüber den Kollegen oder den Bewohnern und seinen Angehörigen? Kontrolle heißt, mit zuvor festgelegten Kriterien wird ein Soll-Ist-Abgleich durchgeführt. Damit können Schwächen oder Abweichungen von Vorgaben erkannt und bearbeitet werden. Beratung kann heißen, dass die Ergebnisse der Pflegevisite zwischen der visitierenden Pflegefachkraft und der verantwortlichen Wohnbereichsleitung und deren Team reflektiert wird. Oder das Ergebnis der Pflegevisite kann z. B. Anlass für eine vertiefende Auseinandersetzung im Rahmen einer Fallbesprechung sein.

Ist eine Beratung des Bewohners und seiner Angehörigen durch die visitierende Pflegefachkraft im Rahmen der Pflegevisite erwünscht oder ist es der zuständigen Wohnbereichsleitung vorbehalten? Das sollte im Vorfeld gut abgestimmt sein, damit es nicht verschiedene Aussagen gegenüber Bewohnern und Angehörigen gemacht werden.

Wer führt die Pflegevisite durch?

Je nach Zielsetzung sollte es nach Möglichkeit die Pflegedienstleitung oder Wohnbereichsleitung sein. Vorstellbar ist auch, dass sie von speziell ausgebildeten Pflegevisitenbeauftragten oder der Qualitätsbeauftragten durchgeführt werden.

Für die Prozesse auf dem Wohnbereich ist die Wohnbereichsleitung zuständig, sie muss deshalb auch die Ergebnisse der Pflegevisite verantworten. Bei einer kollegialen Form der Pflegevisite sollte sorgfältig geprüft werden, welche Funktion die Kollegin hat, die aus einem anderen Bereich zur Pflegevisite kommt. Als günstig hat sich herausgestellt, wenn es sich dabei ebenfalls um eine Wohnbereichsleitung oder deren Stellvertretung handelt.

Die Berücksichtigung der hierarchischen Position der visitierenden Pflegefachkraft, deren Qualifikation und die Distanz zum visitierenden Wohnbereich sind entscheidende Faktoren für die Akzeptanz und das Ergebnis der Pflegevisite.

Eine objektive und kritische Analyse, die zu einer Weiterentwicklung und Verbesserung führen soll, erfordert Distanz und Kompetenz des Beobachtenden.

Welchen Umfang soll die Pflegevisite haben? In der Praxis finden sich dazu verschiedene Formen. Bei der sogenannten **modularen Visite** werden verschiedene Module wie z. B. die Pflegeplanung, Assessments, Heimaufnahme oder Expertenstandards bewohnerbezogen ausgewählt, ähnlich einem Baukastenprinzip zusammengesetzt und dann auch nur dieser Bereich visitiert.

Andere Formen der Pflegevisite haben einen festgelegten **Basisinhalt** und werden durch Zusatzfragen, abhängig von der individuellen Pflege, ergänzt.

Außerdem wird zwischen einer **regelmäßigen Pflegevisite**, wie z. B. einmal im Jahr bei jedem Bewohner und einer **anlassbezogenen Pflegevisite**, wie z. B. bei einer komplexen Versorgung oder nach Abschluss der Integrationsphase nach Heimeinzug unterschieden.

Sind diese grundsätzlichen Fragen geklärt, lassen sich die entsprechenden Abläufe und Dokumente erstellen.

In der vorliegenden Ausgabe stellen wir Ihnen ein **Basismodell** vor, das inhaltlich um weitere Themenfelder ergänzt werden kann.

4.2.2 ZIELERREICHUNGSKRITERIEN

- Die Bewohnerzufriedenheit und die individuelle Anwendung des Pflegeprozesses, insbesondere der pflegerischen Risikobereiche sind durch die Pflegevisite erhoben.
- Die Bewohner und – sofern möglich – ihre Angehörigen sind in die Pflegevisite mit einbezogen.
- Bei jedem neu eingezogenen Bewohner wurde nach Abschluss der Integrationsphase eine Pflegevisite durchgeführt.
- Jeder Bewohner wird mindestens einmal jährlich während einer Pflegevisite besucht.
- Die Pflegevisite wird von den festgelegten Personen durchgeführt.
- Die Pflegemaßnahmen sind auf Lebensqualität, Selbstbestimmung und Prävention ausgerichtet.
- Definierte Kennzahlen der Pflegevisite sind zentral ausgewertet.

4.2.3 VERANTWORTUNG IM GESAMTPROZESS

Für die Planung, Festlegung, Überwachung, Änderung und ständige Verbesserung des Verfahrens ist die verantwortliche Pflegefachkraft zuständig.

4.2.4 PROZESSBESCHREIBUNG

Dokument	Flussdiagramm	Verantw.	Bemerkung
1. Jahresplan Pflegevisite (L_01_4.2.docx)	1. Planung der Pflegevisiten	1./2. PDL	1. (a) Erste Pflegevisite findet mit Abschluss der Integrationsphase nach einem Heimeinzug statt. (b) Erstellung Jahresplan
2. Einladungsschreiben zur Pflegevisite (F_01_4.2.docx)	2. Information und Einladung der Angehörigen/Betreuer		Der Jahresplan liegt auf dem WB zur Information für die MA aus.
	3. Information und Vorbereitung des Bewohners	3. WBL	2. Einladung erfolgt schriftlich zwei Wochen vor dem Termin. 3. Geplante Pflegemaßnahmen, z. B. Mobilisation, verschieben, damit eine Hautinspektion im Bett möglich ist.
4.-6. Protokoll Pflegevisite (PK_02_4.2.docx)	4. organisatorische Vorbereitung	4.-8. Visitor	4. Alle relevanten Unterlagen vorhalten z. B. Pflegedoku, Arztbericht, PV-Protokoll, Datenschutzvorschriften berücksichtigen
	5. Durchführung der Pflegevisite		
6. Bewohnerbezogene Zusammenfassung (PK_03_4.2.docx)	6. Protokoll der Pflegevisite erstellen und an PDL weiterleiten		5. Basismodule: - angemessene Versorgung - Pflegedokumentation - Zufriedenheit des Bewohners
	7. Rückmeldung zur Pflegevisite an WBL		6. Die Zusammenfassung der Ergebnisse zeigt die Bereiche auf, in denen Handlungsbedarf besteht.
	8. Abweichungen festgestellt?		7. zeitnah, am besten unmittelbar nach der PV
	nein → weiter mit 12.		8. Handlungsbedarf kann bestehen in der Berücksichtigung von persönlichen Gewohnheiten, Wünschen in der Pflegedoku oder in der direkten Pflege.
9. Maßnahmenplan Pflegevisite (PK_04_4.2.docx)	9. Maßnahmenplan erstellen	9./10. WBL	9. Die Visitorin unterstützt die WBL dabei beratend. Ein Wiedervorlagetermin wird vereinbart.
	10. Bearbeitung durch den Wohnbereich		10. Im vereinbarten Zeitraum werden die Abweichungen abgearbeitet.
11. Wiedervorlageliste (CL_01_4.2.docx)	11. Maßnahmen umgesetzt?	11. PDL	11. Die PDL überprüft die Umsetzung der Maßnahmen.
	nein → 10. Bearbeitung durch den Wohnbereich		
	12. Pflegevisitenprotokoll an PDL weiterleiten	12. Visitor	
13. Einrichtungsbezogene Auswertung (AW_01_4.2.xlsx)	13. einrichtungsbezogene Auswertung	13./14. PDL	13. Die Auswertung der Kennzahlen werden in der Leitungsbesprechung präsentiert.
14. Konsequenzen/ Vereinbarungsprotokoll (PK_05_4.2.docx)	14. Anpassung des Prozesses und Konsequenzen		

4.2.5 ERLÄUTERUNGEN ZUR PROZESSBESCHREIBUNG

Organisatorische Planung und Information

(1)* Regelmäßig findet die erste Pflegevisite mit Abschluss der Integrationsphase statt. Danach wird das Datum der nächsten Visite, gemäß der zeitlichen Vorgabe im Jahresplan vermerkt. Die visitierende Pflegefachkraft wird von der Pflegedienstleitung frühzeitig über den Termin informiert und dieser im Dienstplan berücksichtigt.

Jahresplan Pflegevisite
(L_01_4.2.docx)

(2) Die bevollmächtigten Angehörigen oder Betreuer werden schriftlich zwei Wochen vor dem Termin eingeladen. Bereits im Vorfeld gilt es zu prüfen, inwieweit die zeitliche Planung der Pflegevisite sich an den Wünschen der Angehörigen orientieren kann. Häufig haben diese erst am Abend oder am Samstag Zeit, was sich auf deren Beteiligung auswirkt.

Ideal:
Einbeziehung der
Außenwelt

(3) Selbstverständlich wird auch der Bewohner informiert. Hier sollte individuell entschieden werden wann das erfolgt. Für manche Bewohner ist es wichtig frühzeitig informiert zu sein, damit Aktivitäten danach ausgerichtet werden können. Bei anderen Bewohnern ist es vielleicht sinnvoller erst kurz vorher zu informieren, damit keine unnötige Aufregung entsteht.

Einladungsschreiben
Pflegevisite
(F_01_4.2.docx)

Durchführung

(4) Die visitierende Pflegefachkraft stellt sich alle erforderlichen Unterlagen mit Unterstützung des Wohnbereichs zusammen.

Protokoll Pflegevisite
(PK_02_4.2.docx)

(5) Nach einer kurzen Übersicht und Information zum Bewohner beginnt die Pflegevisite immer mit dem persönlichen Gespräch mit dem Bewohner und seinen Angehörigen. In dem Gespräch ist es wichtig einen Kontakt zu den Gesprächspartnern herzustellen und deren Vertrauen zu gewinnen.

Eine empathische Haltung und die Methode des aktiven Zuhörens sind dabei sehr hilfreich. Als Leitfaden dient der erste Teil des Pflegevisitenprotokolls. Dieser sollte jedoch nicht Punkt für Punkt abgearbeitet werden, sondern in den Gesprächsverlauf eingebunden werden. Ist kein Gespräch mit dem Bewohner möglich, wird dies mit Begründung auf dem Pflegevisitenprotokoll vermerkt. Dies ist zum Beispiel aufgrund von demenziellen Erkrankungen häufig der Fall. Wenn das überwiegend der Fall ist, sollte im Rahmen der ständigen Verbesserung nach einer anderen Form der Erfassung von Wohlbefinden gesucht werden.

Im Mittelpunkt steht
der Bewohner – das
Gespräch mit ihm
steht an erster Stelle

Der nächste Schritt ist die Inaugenscheinnahme des körperlichen Zustandes des Bewohners, insbesondere die Pflegerisiken sind zu betrachten (zweiter Teil des Pflegevisitenprotokolls). Das Gespräch und die Inaugenscheinnahme können auch ineinander fließen und werden aus der Situation heraus so angenehm wie möglich für den Bewohner gestaltet. **Die Beurteilung des körperlichen Zustandes durch die Inaugenscheinnahme, ohne zuvor die Pflegedokumentation gelesen zu haben, schärft den**

Welche Risiken
können möglicherweise
auftreten bzw. welche
bestehen bereits?

*) Die Ziffern in Klammern z. B. (1) beziehen sich auf die entsprechenden Ziffern im Flussdiagramm.

Blick dafür, was sich in der Pflegeplanung abbilden sollte. Hat die visitierende Pflegefachkraft einen unvoreingenommenen Blick auf den Bewohner, wird sie eine andere Beobachtungsqualität haben, als wenn sie die Inaugenscheinnahme durch den Filter der bereits zuvor gelesenen Pflegeplanung durchführt.

Bildet sich der Bewohner individuell in der Pflegedokumentation ab?

Im Anschluss daran wird die Abbildung der pflegerischen Risiken des Bewohners in der Pflegedokumentation überprüft, siehe Teil drei des Pflegevisitenprotokolls. Die Standarddokumente beziehen sich auf das Dekubitusrisiko (Anhang 1), die Ernährung (Anhang 2), das Sturzrisiko (Anhang 3), das Kontrakturrisiko (Anhang 4) und die Erfassung von chronischen Schmerzen (Anhang 5), und werden bei jedem Bewohner benutzt. Daneben können Bedarfsformulare hinzugezogen werden, wenn z. B. Wunden vorliegen oder freiheitsentziehende Maßnahmen angewendet werden.

Evaluation

Bewohnerbezogene Zusammenfassung (PK_03_4.2.docx)

Nach Abschluss der Erfassung von Wünschen und Anregungen im Gespräch mit dem Bewohner und der Analyse der Pflegedokumentation erstellt die visitierende Pflegefachkraft eine bewohnerbezogene Zusammenfassung der Pflegevisite (6). Das Pflegevisitenprotokoll und die bewohnerbezogene Zusammenfassung der Pflegevisite bleiben in der Bewohnerakte auf dem Wohnbereich. Die Zusammenfassung wird als Kopie an die Pflegedienstleitung weitergeleitet.

(7) Diese Zusammenfassung ist Grundlage für die Rückmeldung an die verantwortliche Wohnbereichsleitung und deren Maßnahmenplanung. Günstig ist es, wenn das Gespräch im Anschluss an die Pflegevisite stattfindet, spätestens innerhalb von zwei Tagen. (8) Wurde aus Sicht der visitierenden Pflegefachkraft oder aus Sicht des Bewohners ein Handlungsbedarf identifiziert, muss sich die verantwortliche Wohnbereichsleitung dazu positionieren. (9) Die Wohnbereichsleitung erstellt unter Beratung der visitierenden Pflegefachkraft einen Maßnahmenplan. Ein Wiedervorlagetermin zur Überprüfung der Umsetzung der Maßnahmen wird vereinbart. Der Maßnahmenplan geht in Kopie an die Pflegedienstleitung. (11) Sie überprüft anhand der Wiedervorlage die Umsetzung des Maßnahmenplans.

Wiedervorlageliste (CL_01_4.2.docx)

(10) Auf Situationen, die für den Bewohner ein Risiko bedeuten wird sofort reagiert, alle anderen sollte innerhalb einer Woche in die Wege geleitet werden.

Maßnahmenplan Pflegevisite (PK_04_4.2.docx)

(13) Nach Abschluss der Evaluation der individuellen Pflegevisite werden diese Ergebnisse von der Pflegedienstleitung einrichtungsbezogen ausgewertet. Damit ist ein Überblick über die Ergebnisse aller Pflegevisiten gewährleistet. In regelmäßigen Abständen werden sie anhand von Kennzahlen ausgewertet z. B.

Einrichtungsbezogene Auswertung (AW_01.4.2.xlsx)

- Führt das eingeführte Verfahren zum gewünschten Ergebnis?
- Sind die Dokumente geeignet das gesamte Verfahren abzubilden?
- Wird jeder Bewohner regelmäßig visitiert?
- Gelingt es, die Angehörigen in die Pflegevisite mit einzubinden?
- Kann bei der Pflegevisite die Zufriedenheit der Bewohner erfasst werden?

- In welchen Feldern entsteht der meiste Handlungsbedarf?
- Welche Schritte sind im Bereich der Personalentwicklung erforderlich?

Die Planung und Umsetzung der einzelnen Verbesserungspotenziale werden dokumentiert (14).

Durch die einrichtungsbezogene Analyse, werden die Ergebnisse der Pflegevisite auch auf der Strukturebene einer Qualitätssicherung und -entwicklung unterzogen.

Konsequenzen/
Vereinbarungsprotokoll
(PK_05_4.2.docx)

4.2.6 REFERENZEN

- SGB XI, § 11 Rechte und Pflichten der Einrichtung
- Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege vom 27. Mai 2011
- Vereinbarung MDK Prüfanleitung nach § 114 ff., SGB XI in der stationären Pflege, Kapitel 6, Stand 30. Juni 2009
- Praxisheft Leitfaden zur Pflegevisite – eine Arbeitshilfe für die Praxis, 4. Vollständig überarbeitete Auflage, November 2010, Hrsg.: DBfK Nordost e. V. Kreuzstraße 7, 14482 Potsdam

4.2.7 MITGELTENDE DOKUMENTE

Phase	Dokument (Dateiname)
PLAN 	<ul style="list-style-type: none"> – Verfahrensweisung (VAW) Pflegevisite (VAW_01_4.2.docx)
DO 	<ul style="list-style-type: none"> – Jahresplan Pflegevisite (L_01_4.2.docx) – Einladungsschreiben zur Pflegevisite (F_01_4.2.docx) – Nachweisprotokoll zur Einführung des Verfahrens „Pflegevisite“ (PK_01_4.2.docx) – Protokoll Pflegevisite (PK_02_4.2.docx) – Pflegedokumentation (*) – Wiedervorlageliste (CL_01_4.2.docx)
CHECK 	<ul style="list-style-type: none"> – Bewohnerbezogene Zusammenfassung (PK_03_4.2.docx) – Maßnahmenplan Pflegevisite (PK_04_4.2.docx) – Einrichtungsbezogene Auswertung (AW_01_4.2.xlsx) (**)
ACT 	<ul style="list-style-type: none"> – Konsequenzen/Vereinbarungsprotokoll (PK_05_4.2.docx)

Für die mit (*) markierten Dokumente sind keine Musterdokumente abgedruckt, da diese einrichtungsindividuell zu erstellen sind.

(**) Dieses Dokument finden Sie nicht im Druckwerk, sondern als Datei unter dem genannten Namen im Onlinebereich.

Name, Adresse der Pflegeeinrichtung/Logo	4.2 Pflegevisite Verfahrensanweisung	Geltungsbereich: P	
	Dokument (Nr.) VAW_01_4.2	Phase: PLAN	

Ziel/Zweck

Die Pflegevisite ist ein wichtiges Instrument, um die Ergebnisqualität der Versorgung und Betreuung von Bewohnern zu erheben und auszuwerten.

Für die Bewohner und ihre Angehörigen bietet sich durch die Teilnahme an der Pflegevisite eine Möglichkeit, in die Versorgung und Betreuung aktiv und systematisch mit einbezogen zu werden. Für die Einrichtung und die Mitarbeiter sind die Ergebnisse der Pflegevisite Anlass zur Selbststeuerung und Qualitätsverbesserung.

Für die Pflegevisite gibt es keine einheitliche Definition. Es existiert eine Vielzahl von unterschiedlichen Definitionen und Konzepten, deshalb ist jede Einrichtung an der Festlegung einer eigenen, definierten Vorgehensweise und Inhalte einer Pflegevisite gebunden.

In der vorliegenden Verfahrensanweisung wird ein Basismodell einer kollegialen Pflegevisite beschrieben, das jeden Bewohner einmal im Jahr visitiert.

Inhaltlich bezieht es sich auf die Themen der Zufriedenheit des Bewohners, seine pflegerische Versorgung und die Teilbereiche der Dokumentation.

Zielerreichungskriterien:

- Die Bewohnerzufriedenheit und die individuelle Anwendung des Pflegeprozesses, insbesondere der pflegerischen Risikobereiche, sind durch die Pflegevisite erhoben.
- Die Pflegemaßnahmen sind auf Lebensqualität, Selbstbestimmung und Prävention ausgerichtet.
- Die Bewohner und ihre Angehörigen sind in die Pflegevisite mit einbezogen.
- Bei jedem neu eingezogenen Bewohner wurde nach Abschluss der Integrationsphase eine Pflegevisite durchgeführt.
- Jeder Bewohner wird mindestens einmal jährlich während einer Pflegevisite besucht.
- Die Pflegevisite wird entweder von der Pflegedienstleitung, der Wohnbereichsleitung eines anderen Wohnbereichs oder deren Stellvertretung durchgeführt.
- Definierte Kennzahlen der Pflegevisite sind zentral ausgewertet.

Verantwortlichkeit für den Gesamtprozess:

Pflegedienstleitung

Erstellt von (Name)	Freigabe:	Revision soll erfolgen am:
Datum:	Datum:	Datum:

Name, Adresse der Pflegeeinrichtung/Logo	4.2 Pflegevisite Verfahrensanweisung	Geltungsbereich: P	
	Dokument (Nr.) VAW_01_4.2	Phase: PLAN	

Mitgeltende Dokumente

Phase	Dokument (Dateiname)
	<ul style="list-style-type: none"> Verfahrensanweisung (VAW) Pflegevisite (VAW_01_4.2.docx)
	<ul style="list-style-type: none"> Jahresplan Pflegevisite (L_01_4.2.docx) Einladungsschreiben zur Pflegevisite (F_01_4.2.docx) Nachweisprotokoll zur Einführung des Verfahrens „Pflegevisite“ (PK_01_4.2.docx) Protokoll Pflegevisite (PK_02_4.2.docx) Pflegedokumentation (*) Wiedervorlageliste (CL_01_4.2.docx)
	<ul style="list-style-type: none"> Bewohnerbezogene Zusammenfassung (PK_03_4.2.docx) Maßnahmenplan Pflegevisite (PK_04_4.2.docx) Einrichtungsbezogene Auswertung (AW_01_4.2.xlsx)
	<ul style="list-style-type: none"> Konsequenzen/Vereinbarungsprotokoll (PK_05_4.2.docx)

(*) Keine Musterdokumente, da diese einrichtungsindividuell zu erstellen sind

Gesetzliche Grundlagen

- SGB XI, § 11 Rechte und Pflichten der Einrichtung
- Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege vom 27.5.2011
- Vereinbarung MDK Prüfanleitung nach § 114 ff. SGB XI in der stationären Pflege, Kapitel 6, Stand 30.6.2009
- Praxisheft Leitfaden zur Pflegevisite – eine Arbeitshilfe für die Praxis, 4. vollständig überarbeitete Auflage, November 2010, Hrsg.: DBfK Nordost e. V., Kreuzstraße 7, 14482 Potsdam

Abkürzungen:

Verfahrensanweisung (VAW)
Wohnbereichsleitung (WBL)

Pflege (P)
Pflegedienstleitung (PDL)

Erstellt von (Name)	Freigabe:	Revision soll erfolgen am:
Datum:	Datum:	Datum:

Name, Adresse der Pflegeeinrichtung/Logo	4.2 Pflegevisite Verfahrensanweisung	Geltungsbereich: P	
	Dokument (Nr.) VAW_01_4.2	Phase: PLAN	

Dokument	Flussdiagramm	Verantw.	Bemerkung
1. Jahresplan Pflegevisite (L_01_4.2.docx)	1. Planung der Pflegevisiten	1./2. PDL	1. (a) Erste Pflegevisite findet mit Abschluss der Integrationsphase nach einem Heim-einzug statt. (b) Erstellung Jahresplan Der Jahresplan liegt auf dem WB zur Information für die MA aus.
2. Einladungsschreiben zur Pflegevisite (F_01_4.2.docx)	2. Information und Einladung der Angehörigen/Betreuer		2. Einladung erfolgt schriftlich zwei Wochen vor dem Termin.
	3. Information und Vorbereitung des Bewohners	3. WBL	3. Geplante Pflegemaßnahmen, z. B. Mobilisation, verschieben, damit eine Hautinspektion im Bett möglich ist.
4.–6. Protokoll Pflegevisite (PK_02_4.2.docx)	4. organisatorische Vorbereitung	4.–8. Visitor	4. Alle relevanten Unterlagen vorhalten z. B. Pflegedoku, Arztbericht, PV-Protokoll, Datenschutzvorschriften berücksichtigen
	5. Durchführung der Pflegevisite		5. Basismodule: – angemessene Versorgung – Pflegedokumentation – Zufriedenheit des Bewohners
6. Bewohnerbezogene Zusammenfassung (PK_03_4.2.docx)	6. Protokoll der Pflegevisite erstellen und an PDL weiterleiten		6. Die Zusammenfassung der Ergebnisse zeigt die Bereiche auf, in denen Handlungsbedarf besteht.
	7. Rückmeldung zur Pflegevisite an WBL		7. zeitnah, am besten unmittelbar nach der PV
	8. Abweichungen festgestellt?		8. Handlungsbedarf kann bestehen in der Berücksichtigung von persönlichen Gewohnheiten, Wünschen in der Pflegedoku oder in der direkten Pflege.
	nein → weiter mit 12.		
9. Maßnahmenplan Pflegevisite (PK_04_4.2.docx)	9. Maßnahmenplan erstellen	9./10. WBL	9. Die Visitorin unterstützt die WBL dabei beratend. Ein Wiedervorlagetermin wird vereinbart.
	10. Bearbeitung durch den Wohnbereich		10. Im vereinbarten Zeitraum werden die Abweichungen abgearbeitet.
11. Wiedervorlageliste (CL_01_4.2.docx)	11. Maßnahmen umgesetzt?	11. PDL	11. Die PDL überprüft die Umsetzung der Maßnahmen.
	nein → 10. Bearbeitung durch den Wohnbereich		
	12. Pflegevisitenprotokoll an PDL weiterleiten	12. Visitor	
13. Einrichtungsbezogene Auswertung (AW_01_4.2.xlsx)	13. einrichtungsbezogene Auswertung	13./14. PDL	13. Die Auswertung der Kennzahlen werden in der Leitungsbesprechung präsentiert.
14. Konsequenzen/ Vereinbarungsprotokoll (PK_05_4.2.docx)	14. Anpassung des Prozesses und Konsequenzen		

Erstellt von (Name)	Freigabe:	Revision soll erfolgen am:
Datum:	Datum:	Datum:

– unbesetzt –

– unbesetzt –

Name, Adresse der Pflegeeinrichtung/Logo	4.2 Pflegevisite Einladungsschreiben zur Pflegevisite	Geltungsbereich: P	
	Dokument (Nr.) F_01_4.2	Phase: DO	

Adressfeld

Datum: _____

Sehr geehrter/sehr geehrte

im Rahmen unserer Qualitätssicherung führen wir regelmäßig bei allen Bewohner/Innen eine sogenannte Pflegevisite durch.

Bei der Pflegevisite erfolgt ein Besuch bei Ihrem Angehörigen durch eine speziell dafür ausgebildete Pflegefachkraft oder durch die Pflegedienstleitung. Dabei stehen die Erfassung der Zufriedenheit des Pflegebedürftigen, die pflegerische Versorgung und die ordnungsgemäße Dokumentation der Pflegemaßnahmen im Mittelpunkt. Durch diesen Besuch möchten wir eventuelle Verbesserungsmöglichkeiten oder Hinweise für die weitere gute Versorgung erkennen.

Zur Teilnahme an dieser Pflegevisite möchten wir Sie gerne einladen.

Bei Ihrem Angehörigen _____ ist die Pflegevisite am _____ um _____ Uhr geplant.

Sollten Sie an diesem Termin verhindert sein, können wir gerne einen Ersatztermin vereinbaren. Rufen Sie mich unter der Nummer: _____ (der PDL) an oder schreiben Sie mir eine Mail.

Mit freundlichen Grüßen

Pflegedienstleitung

_____ Datum

_____ Unterschrift der Pflegedienstleitung

Erstellt von (Name)	Freigabe:	Revision soll erfolgen am:
Datum:	Datum:	Datum:

– unbesetzt –

Name, Adresse der Pflegeeinrichtung/Logo	4.2 Pflegevisite Nachweisprotokoll zur Einführung des Verfahrens	Geltungsbereich: P, VW, HWS, SD	
	Dokument (Nr.) PK_01_4.2	Phase: DO	

Prozess:

Datum:

Folgende Dokumente werden allen Mitarbeitern zur Kenntnis gegeben und sind somit verbindlich anzuwenden:

-
-
-
-
-
-

Anwendung ab:

Unterschriften der Mitarbeiter:

Name	Vorname	Datum	HZ

Erstellt von (Name)	Freigabe:	Revision soll erfolgen am:
Datum:	Datum:	Datum:

– unbesetzt –

Name, Adresse der Pflegeeinrichtung/Logo	4.2 Pflegevisite Protokoll Pflegevisite	Geltungsbereich: P	
	Dokument (Nr.) PK_02_4.2	Phase: DO	

Name des Bewohners	Vorname	Code

Einrichtung	
Wohnbereich	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/>
Name der verantwortlichen Wohnbereichsleitung	
Pflegevisite durchgeführt von (PDL/WBL/stellv. WBL)	
Datum	

Angehörige/Betreuer wurden informiert	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Angehörige/Betreuer waren anwesend	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Name/Verwandtschaftsverhältnis/bevollmächtigte Angehörige		
Ein Gespräch mit der Bewohnerin/dem Bewohner ist nicht möglich, weil		

Erstellt von (Name)	Freigabe:	Revision soll erfolgen am:
Datum:	Datum:	Datum:

Name, Adresse der Pflegeeinrichtung/Logo	4.2 Pflegevisite Protokoll Pflegevisite	Geltungsbereich: P	
	Dokument (Nr.) PK_02_4.2	Phase: DO	

1. Die Zufriedenheit des Bewohners erheben

<p>1. Wertschätzung erfahren</p> <p>Wie beschreibt der Bewohner den Kontakt mit den Mitarbeitern? (Stichworte dazu z. B. Freundlichkeit, Anrede, Gespräche, Zeit)</p>
<p>Was soll sich aus Sicht des Bewohners daran ändern?</p>
<p>Was vermissen Sie? Was würde Ihnen eine große Freude bereiten? Über was ärgern Sie sich immer wieder?</p>
<p>Haben Sie sich schon einmal beschwert? Wenn ja: Worüber?</p>
<p>Hat sich nach der Beschwerde etwas zum Positiven verändert?</p>

Erstellt von (Name)	Freigabe:	Revision soll erfolgen am:
Datum:	Datum:	Datum:

Name, Adresse der Pflegeeinrichtung/Logo	4.2 Pflegevisite Protokoll Pflegevisite	Geltungsbereich: P	
	Dokument (Nr.) PK_02_4.2	Phase: DO	

<p>2. Pflegerische Versorgung</p> <p>Wie beschreibt der Bewohner die pflegerische Versorgung? (Stichworte dazu z. B. Information zu Pflegemaßnahmen, Beratung bei Risikofaktoren)</p>
<p>Was soll sich aus Sicht des Bewohners daran ändern?</p>

<p>Chronische Schmerzen</p> <p>Die visitierende Pflegefachkraft achtet auf verbale und nonverbale Anzeichen von Schmerzen</p>
<p>Haben Sie immer/gelegentlich/bei bestimmten Bewegungen Schmerzen? Wie lässt sich der Schmerz beschreiben?</p>
<p>Was hilft Ihnen gegen die Schmerzen? Wie können wir Sie unterstützen?</p>
<p>Welche nonverbalen Anzeichen für Schmerz sind zu beobachten? (Anspannung, Nervosität, Unruhe, Stöhnen, verzerrtes Gesicht, ängstlicher Blick ...)</p>

Erstellt von (Name)	Freigabe:	Revision soll erfolgen am:
Datum:	Datum:	Datum:

Name, Adresse der Pflegeeinrichtung/Logo	4.2 Pflegevisite Protokoll Pflegevisite	Geltungsbereich: P	
	Dokument (Nr.) PK_02_4.2	Phase: DO	

3. Soziale Kontakte
Wie sieht der Tagesablauf aus? (Stichworte dazu z. B. Kontakte, Ablenkung, Beschäftigung)

Was soll sich aus Sicht des Bewohners daran ändern?

4. Versorgungsangebote
Entspricht das Mahlzeitenangebot Ihren Erwartungen? (Stichworte dazu Auswahl, Zubereitung, Abwechslung)

Was soll sich aus Sicht des Bewohners daran ändern?

Erstellt von (Name)	Freigabe:	Revision soll erfolgen am:
Datum:	Datum:	Datum:

Name, Adresse der Pflegeeinrichtung/Logo	4.2 Pflegevisite Protokoll Pflegevisite	Geltungsbereich: P	
	Dokument (Nr.) PK_02_4.2	Phase: DO	

2. Die Inaugenscheinnahme und die körperliche Untersuchung

Zur Einschätzung der Pflegequalität werden im Rahmen der Pflegevisite insbesondere die Risikobereiche herangezogen (Dekubitus – Ernährung – Sturz – Kontrakturen – chronische Schmerzen)

Dekubitusrisiko					
Bewohner angetroffen	im Bett <input type="checkbox"/>	außerhalb des Bettes <input type="checkbox"/>		im Rollstuhl/Sessel <input type="checkbox"/>	
Der Bewohner	liegt ausschließlich im Bett nicht erhebbar <input type="checkbox"/>		ist nur während der Ruhe- und Schlafphasen im Bett nicht erhebbar <input type="checkbox"/>		
Bewegungseinschränkung durch Paresen Kontrakturen Schmerzen	benötigt Unterstützung beim aufstehen <input type="checkbox"/> gehen <input type="checkbox"/> sitzen <input type="checkbox"/> nicht erhebbar <input type="checkbox"/>	kann Lagewechsel im Bett selbstständig vornehmen ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht erhebbar <input type="checkbox"/>	wird mobilisiert/ gelagert außerhalb des Bettes <input type="checkbox"/> im Bett <input type="checkbox"/> nicht erhebbar <input type="checkbox"/>	Ist mobil, kann alleine aufstehen <input type="checkbox"/> gehen <input type="checkbox"/> sitzen <input type="checkbox"/> nicht erhebbar <input type="checkbox"/>	
Gefährdete Hautstellen sind gerötet	Kreuzbein ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Becken ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Fersen ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Schulter ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Andere:
Lagerungshilfsmittel werden vorgefunden:	Wenn ja, welche: nein <input type="checkbox"/>			Bewegungsprotokoll liegt im Zimmer ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Nach Einschätzung der visitierenden Pflegefachkraft besteht ein Dekubitusrisiko	nein		ja		Überprüfung der Pflegedokumentation vornehmen Anhang 1

© AOK-Verlag GmbH

Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung				
Ernährungszustand nach Einschätzung der Pflegefachkraft, die visitiert	übergewichtig	gut		untergewichtig
Flüssigkeitsversorgung nach Einschätzung der Pflegefachkraft, die visitiert	unauffällig	trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/>	Ein- und/oder Ausführplan liegt im Zimmer ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Nach Einschätzung der visitierenden Pflegefachkraft bestehen Einschränkungen in der selbstständigen Nahrungs- und/oder Flüssigkeitsaufnahme	nein		ja	
	nein		ja	
Überprüfung der Pflegedokumentation vornehmen Anhang 2				

Erstellt von (Name)	Freigabe:	Revision soll erfolgen am:
Datum:	Datum:	Datum:

Name, Adresse der Pflegeeinrichtung/Logo	4.2 Pflegevisite Protokoll Pflegevisite	Geltungsbereich: P	
	Dokument (Nr.) PK_02_4.2	Phase: DO	

Sturzrisiko			
Hilfsmittel werden vorgefunden:	Wenn ja, welche: nein <input type="checkbox"/>		
kann Gleichgewicht halten	geht ohne Zögern, ohne Abweichungen		muss sich abstützen
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht erhebbar <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht erhebbar <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht erhebbar <input type="checkbox"/>
Nach Einschätzung der visitierenden Pflegefachkraft besteht ein Sturzrisiko.	nein	ja	Überprüfung der Pflegedokumentation vornehmen Anhang 3

Kontrakturenrisiko			
Die Beweglichkeit der großen Gelenke ist eingeschränkt	Wenn ja, bei welchen Gelenken: nein <input type="checkbox"/>		
Kontrakturen sind bereits vorhanden:	Wenn ja, an welchen Gelenken: nein <input type="checkbox"/>		Lagerung in physiologischer Grundstellung/Bobath ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht erkennbar <input type="checkbox"/>
Nach Einschätzung der visitierenden Pflegefachkraft besteht ein Kontrakturenrisiko.	nein	ja	Überprüfung der Pflegedokumentation vornehmen Anhang 4

Freiheitsentziehende Maßnahmen			
Nach Einschätzung der visitierenden Pflegefachkraft werden freiheitsentziehende Maßnahmen vorgenommen.	nein	Wenn ja, welche Bettgitter <input type="checkbox"/> Fixiergurte <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>	Wenn ja, dann Überprüfung der Pflegedokumentation vornehmen (CL in Nachtragslieferung)

Erstellt von (Name)	Freigabe:	Revision soll erfolgen am:
Datum:	Datum:	Datum:

Name, Adresse der Pflegeeinrichtung/Logo	4.2 Pflegevisite Protokoll Pflegevisite	Geltungsbereich: P	
	Dokument (Nr.) PK_02_4.2	Phase: DO	

Behandlungspflegerische Aspekte erkennbar			
Medikamenteneinnahme	nein	ja	Wenn ja, dann Überprüfung vornehmen
Wundversorgung	nein	ja	Wenn ja, dann Überprüfung vornehmen
Versorgung mit Blasenkatheter/suprapubischer Katheter	nein	ja	Wenn ja, dann Überprüfung vornehmen
Versorgung mit PEG	nein	ja	Wenn ja, dann Überprüfung vornehmen
Anlage eines Stomas	nein	ja	Wenn ja, dann Überprüfung vornehmen
Chronische Schmerzen	nein	ja	Wenn ja, dann Überprüfung vornehmen Anhang 5

Sonstige Beobachtungen/Anmerkungen

Erstellt von (Name)	Freigabe:	Revision soll erfolgen am:
Datum:	Datum:	Datum:

Name, Adresse der Pflegeeinrichtung/Logo	4.2 Pflegevisite Protokoll Pflegevisite	Geltungsbereich: P	
	Dokument (Nr.) PK_02_4.2	Phase: DO	

3. Überprüfung der Pflegedokumentation

Anhang 1: Dekubitusrisiko

Fragen	Ergebnis				Bemerkungen
	ja	nein	tw	tnz	
Bei Verwendung einer Risikoskala: Die Risikoeinschätzung wird z. B. mit der Bradenskala systematisch durchgeführt und dokumentiert. Aktuelle Punktzahl: _____					Bei Heimaufnahme, nach Abschluss der Integrationsphase und nach Rückverlegung aus dem Krankenhaus innerhalb von 6 Std., regelmäßig alle 4 Monate und aktuell bei Veränderungen des Gesundheitsstatus.
Alternativ: Die klinische Beurteilung und begründete Einschätzung der Pflegefachkraft, ob ein Dekubitusrisiko vorliegt oder nicht, ist beschrieben.					
Das Bewegungsmuster, Fähigkeiten und Einschränkungen sind im AEDL 2 „sich bewegen“ in der ersten Spalte beschrieben.					
Es sind messbare, mit Zeit hinterlegte Pflegeziele formuliert.					
Wenn kein Risiko besteht, dann entfallen die weiteren Punkte. Besteht ein Risiko, dann werden folgende Punkte weiter überprüft:					
Lagerungen/Bewegungen/Transfers sind in der Spalte „Maßnahmen“ der Zeitintervall, die Lagerungsart und die verwendeten Hilfsmittel dokumentiert.					
Andere Einflussfaktoren des Dekubitusrisikos wie Haut, Ernährung und Ausscheidung sind in den jeweiligen AEDL's 4, 5, 6, beschrieben und Maßnahmen geplant.					(z. B. Verwendung von W/O-Produkten, eiweißhaltige Nahrung)
Das Ergebnis des Beratungsgesprächs mit den Angehörigen/Bewohnern ist mit Datum, Namen der Gesprächspartner und Inhalt dokumentiert.					Die Einrichtung legt fest, wo in der Pflegedokumentation das Beratungsgespräch dokumentiert wird.
Auf dem Bewegungsprotokoll sind die durchgeführten Zeitpunkte der Lagerung, Symbol der Lagerungsart und die Lagerungshilfsmittel mit Handzeichen vermerkt.					(liegt im Zimmer beim Bewohner, nur wenn Lagerungen/Bewegungen geplant sind)
Das Ergebnis der Hautkontrolle und ggf. des Fingertests ist auf dem Bewegungsprotokoll oder auf dem Leistungsnachweis dokumentiert.					
Dem Pflegebericht ist zu entnehmen, wie die geplanten Maßnahmen angenommen werden oder wirken.					(z. B. der BW toleriert die Lagerung)
In der Spalte Zielkontrolle der Pflegeplanung ist das Ergebnis der Zielüberprüfung nachvollziehbar beschrieben.					
Das Ergebnis der Inaugenscheinahme stimmt mit der Pflegedokumentation überein.					

Erstellt von (Name)	Freigabe:	Revision soll erfolgen am:
Datum:	Datum:	Datum:

Name, Adresse der Pflegeeinrichtung/Logo	4.2 Pflegevisite Protokoll Pflegevisite	Geltungsbereich: P	
	Dokument (Nr.) PK_02_4.2	Phase: DO	

Anhang 2: Einschränkungen in der selbstständigen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme

Fragen	Ergebnis				Bemerkungen
	ja	nein	tw	tnz	
In der Anamnese sind biografische Ernährungsgewohnheiten vermerkt.					
Im AEDL 5 „essen und trinken“ sind in der ersten Spalte die Fähigkeiten und Einschränkungen beschrieben.					
Auf dem Vitalzeichenblatt ist die monatliche Berechnung des BMI vermerkt.					
In der Spalte „Maßnahmen“ ist die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme handlungsanleitend unter Berücksichtigung der individuellen Gewohnheiten und des aktuellen BMI's beschrieben.					(die Integration der biografischen Information ist erkennbar)
In der 4. Spalte Zielkontrolle der Pflegeplanung ist das Ergebnis der Zielüberprüfung nachvollziehbar beschrieben.					
Es sind messbare, mit Zeit hinterlegte Pflegeziele formuliert.					
Wenn kein Risiko besteht, dann entfallen die weiteren Punkte. Besteht ein Risiko, dann werden folgende Punkte weiter überprüft:					
Bei Anzeichen einer Mangelernährung ist ein umfassendes Assessment erstellt. Die daraus abgeleiteten Maßnahmen bilden sich im AEDL 5 „essen und trinken“ ab.					
Bei Bewohnern mit einem BMI < 24 ist ein Ess- und Trinkprotokoll über 3 bis 5 Tage angelegt, aus dem der erforderliche Energie- und Trinkbedarf ebenso hervorgeht wie die verabreichte Nahrung.					Nach der Definition der WHO kann ein BMI unter 24 bei über 65-jährigen Menschen Anzeichen für ein Ernährungsrisiko sein.
Der Abstand zwischen den Mahlzeiten ist kürzer als 12 Stunden.					
Informationen an den Arzt/die Ernährungsberaterin stehen im Pflegebericht.					
Das Ergebnis des Beratungsgesprächs mit den Angehörigen/Bewohnern ist mit Datum, Namen der Gesprächspartner und Inhalt dokumentiert.					
Dem Pflegebericht ist zu entnehmen, wie die geplanten Maßnahmen angenommen werden oder wie der Bewohner mit dem Ernährungsplan zurechtkommt.					
In der Spalte Zielkontrolle der Pflegeplanung ist das Ergebnis der Zielüberprüfung nachvollziehbar beschrieben.					
Das Ergebnis der Inaugenscheinnahme stimmt mit der Pflegedokumentation überein.					

Erstellt von (Name)	Freigabe:	Revision soll erfolgen am:
Datum:	Datum:	Datum:

Name, Adresse der Pflegeeinrichtung/Logo	4.2 Pflegevisite Protokoll Pflegevisite	Geltungsbereich: P	
	Dokument (Nr.) PK_02_4.2	Phase: DO	

Anhang 3: Sturzrisiko

Fragen	Ergebnis				Bemerkungen
	ja	nein	tw	tnz	
Bei Verwendung eines Assessments: Die Risikoeinschätzung ist mit einem Assessment zur Sturzgefährdung ermittelt und dokumentiert.					Anlassbezogen bei Heimaufnahme und nach 6 Wochen mit Abschluss der Integrationsphase, bei Veränderungen des Gesundheitsstatus, regelhaft z. B. alle 4 Monate.
Alternativ: Die klinische Beurteilung und begründete Einschätzung der Pflegefachkraft, ob ein Sturzrisiko vorliegt oder nicht, ist beschrieben.					
In der 4. Spalte Zielkontrolle der Pflegeplanung ist das Ergebnis der Zielüberprüfung nachvollziehbar beschrieben.					
Wenn kein Risiko besteht, dann entfallen die weiteren Punkte. Besteht ein Risiko, dann werden folgende Punkte weiter überprüft:					
Im AEDL 2 ist in der ersten Spalte auf das Ergebnis der Sturzrisikoeinschätzung hingewiesen.					Die Einrichtung legt fest, in welchem AEDL das Sturzrisiko abgebildet werden soll.
Für jeden Risikofaktor ist eine Maßnahme geplant. In den entsprechenden AEDL's sind diese handlungsanleitend geplant, um einen Sturz zu vermeiden.					(z.B. Position des Bettes, Lichtquellen, Gehhilfen, Sensormatten, Hüftprotektoren)
Das Ergebnis des Beratungsgesprächs mit den Angehörigen/Bewohnern ist mit Datum, Namen der Gesprächspartner und Inhalt dokumentiert.					Die Einrichtung legt fest, wo in der Pflegedokumentation das Beratungsgespräch dokumentiert wird.
Im Leistungsnachweis sind die regelmäßig durchgeführten Maßnahmen, die zur Reduzierung des Sturzrisikos durchgeführt werden, vermerkt und abgezeichnet.					(z. B. Teilnahme am Kraft- und Balancetraining, nachts Stoppersocken tragen)
Dem Pflegebericht ist zu entnehmen, wie die geplanten Maßnahmen angenommen werden oder wie der Bewohner mit den Hilfsmitteln zurechtkommt.					
Sturzereignisse sind im Pflegebericht und auf den Sturzprotokollen dokumentiert.					
In der Spalte Zielkontrolle der Pflegeplanung ist das Ergebnis der Zielüberprüfung nachvollziehbar beschrieben.					
Das Ergebnis der Inaugenscheinnahme stimmt mit der Pflegedokumentation überein.					

Erstellt von (Name)	Freigabe:	Revision soll erfolgen am:
Datum:	Datum:	Datum:

Name, Adresse der Pflegeeinrichtung/Logo	4.2 Pflegevisite Protokoll Pflegevisite	Geltungsbereich: P	
	Dokument (Nr.) PK_02_4.2	Phase: DO	

Anhang 4: Kontrakturreisiko

Fragen	Ergebnis				Bemerkungen
	ja	nein	tw	tnz	
Die Beweglichkeit der großen Gelenke ist z. B. in der Spalte Einschränkungen des AEDL 2 beschrieben.					Anlassbezogen bei Heimaufnahme und nach 6 Wochen mit Abschluss der Integrationsphase, bei Veränderungen des Gesundheits-status, regelhaft z.B. alle 4 Monate.
Die klinische Beurteilung und begründete Einschätzung der Pflegefachkraft, ob ein Kontrakturreisiko vorliegt, ist beschrieben.					
In der Spalte Zielkontrolle der Pflegeplanung ist das Ergebnis der Zielüberprüfung nachvollziehbar beschrieben.					
Wenn kein Risiko besteht, dann entfallen die weiteren Punkte. Besteht ein Risiko, dann werden folgende Punkte weiter überprüft:					
Im AEDL 2 ist in der ersten Spalte auf die Gefahr einer Kontraktur oder eine bereits bestehende Kontraktur mit Nennung des Gelenks beschrieben.					Die Einrichtung legt fest, in welchem AEDL das Kontrakturreisiko abgebildet werden soll.
In der Spalte Maßnahmen ist individuell und handlungsanleitend beschrieben, welche Maßnahmen der Kontrakturreisikoprävention geplant sind.					
Bei einer bestehenden Kontraktur ist zusätzlich die Lagerungsart beschrieben.					
Im Leistungsnachweis sind die regelmäßig durchgeführten Maßnahmen, die zur Reduzierung des Kontrakturreisikos durchgeführt werden, vermerkt und abgezeichnet.					
Bei einer bestehenden Kontraktur ist die Lagerungsart/ das Lagerungsintervall auf dem Bewegungsprotokoll vermerkt.					
Dem Pflegebericht ist zu entnehmen, wie die geplanten Maßnahmen angenommen werden oder wie der Bewohner mit Hilfsmitteln zurechtkommt.					
In der Spalte Zielkontrolle der Pflegeplanung ist das Ergebnis der Zielüberprüfung nachvollziehbar beschrieben.					
Das Ergebnis der Inaugenscheinnahme stimmt mit der Pflegedokumentation überein.					

Erstellt von (Name)	Freigabe:	Revision soll erfolgen am:
Datum:	Datum:	Datum:

Name, Adresse der Pflegeeinrichtung/Logo	4.2 Pflegevisite Protokoll Pflegevisite	Geltungsbereich: P	
	Dokument (Nr.) PK_02_4.2	Phase: DO	

Anhang 5: Schmerzen erkennen – für Schmerzlinderung sorgen

Fragen	Ergebnis				Bemerkungen
	ja	nein	tw	tnz	
Im Biografiebogen finden sich Angaben, ob früher chronische Schmerzen vorlagen und wie der Umgang damit war.					
In der Anamnese ist vermerkt, ob es Hinweise (z. B. Aussagen des BW, Beobachtungen der PK) auf Schmerzen gibt, z. B. unter Mobilität, pflegerelevante Informationen.					
Auf dem Stamblatt sind medizinische Diagnosen vermerkt, die Schmerzen mit sich bringen können, wie z. B. Osteoporose, Rheuma, Arthritis, Frakturen etc.					
Eine Schmerzeinschätzung wurde vorgenommen: <ul style="list-style-type: none"> • Selbsteinschätzung • Fremdeinschätzung z. B. mit ECPA 					
Das Ergebnis der Schmerzeinschätzung wurde dem Arzt mitgeteilt und das weitere Verfahren abgestimmt					
Im AEDL 3 sind Angaben zum Schmerzmanagement dokumentiert.					
Der Bewohner erhält regelmäßig die ärztlich angeordneten Schmerzmedikamente.					
Schmerzmedikamente sind als Bedarfsmedikation verordnet.					
Auf dem Durchführungsnachweis ist die Gabe von Bedarfsmedikamenten festgehalten.					
Das Ergebnis des Beratungsgesprächs mit den Angehörigen/Bewohnern ist mit Datum, Namen der Gesprächspartner und Inhalt dokumentiert.					Die Einrichtung legt fest, wo in der Pflegedokumentation das Beratungsgespräch dokumentiert wird.
Die Anwendung von nichtmedikamentösen Maßnahmen sind in den entsprechenden AEDLs vermerkt, wie z. B. AEDL 2: Bewegung und Mobilität AEDL 4 – 5: Körperpflege und Ernährung AEDL 7 – 8: Kleidung und ruhen, schlafen AEDL 12 – 13: soziale und existenzielle Bereiche des Lebens					
Dem Pflegebericht ist zu entnehmen, ob die Schmerzbehandlung wirkt oder Nebenwirkungen zu beobachten sind.					

Erstellt von (Name)	Freigabe:	Revision soll erfolgen am:
Datum:	Datum:	Datum:

Name, Adresse der Pflegeeinrichtung/Logo	4.2 Pflegevisite Protokoll Pflegevisite	Geltungsbereich: P	
	Dokument (Nr.) PK_02_4.2	Phase: DO	

Fragen	Ergebnis				Bemerkungen
	ja	nein	tw	tnz	
Im Pflegebericht werden Aussagen von BW oder Verhalten, das auf Schmerzen hindeuten könnte, dokumentiert.					
In der 4. Spalte Zielkontrolle der Pflegeplanung ist das Ergebnis der Zielüberprüfung nachvollziehbar beschrieben.					
Das Ergebnis der Inaugenscheinnahme stimmt mit der Pflegedokumentation überein.					

Die Beurteilung der Ergebnisse erfolgt auf dem Formular „Bewohnerbezogene Zusammenfassung“ (PK_03_4.2.docx). Beide Formulare zusammen bilden das Gesamtnachweisprotokoll.

Erstellt von (Name)	Freigabe:	Revision soll erfolgen am:
Datum:	Datum:	Datum:

Name, Adresse der Pflegeeinrichtung/Logo	4.2 Pflegevisite Wiedervorlageliste zur Überprüfung des Maßnahmenplans der Pflegevisite	Geltungsbereich: P	
	Dokument (Nr.) CL_01_4.2	Phase: DO	

Wiedervorlageliste zur Überprüfung des Maßnahmenplans der Pflegevisite

Bewohner Name, Vorname	Datum der Pflegevisite	Termin Wiedervorlage	vereinbarte Maßnahmen erledigt?			weitere Maßnahmen? z. B. Fallbesprechung/ anlassbezogene Pflegevisite	Termin	Handzeichen PDL/WBL
			ja	nein	tw			
			Lebensqualität direkte Pflege Dokumentation sonstiges					
			Lebensqualität direkte Pflege Dokumentation sonstiges					
			Lebensqualität direkte Pflege Dokumentation sonstiges					
			Lebensqualität direkte Pflege Dokumentation sonstiges					
			Lebensqualität direkte Pflege Dokumentation sonstiges					
			Lebensqualität direkte Pflege Dokumentation sonstiges					

Erstellt von (Name)	Freigabe:	Revision soll erfolgen am:
Datum:	Datum:	Datum:

– unbesetzt –

Name, Adresse der Pflegeeinrichtung/Logo	4.2 Pflegevisite Bewohnerbezogene Zusammenfassung	Geltungsbereich: P	
	Dokument (Nr.) PK_03_4.2	Phase: CHECK	

Name des Bewohners	Vorname	Code

Einrichtung	
Wohnbereich	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/>
Name der verantwortlichen Wohnbereichsleitung	
Pflegevisite durchgeführt von (PDL/WBL/stellv. WBL)	
Datum	

Angehörige/Betreuer wurden informiert	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Angehörige/Betreuer waren anwesend	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Name/Verwandtschaftsverhältnis/bevollmächtigte Angehörige		
Ein Gespräch mit der Bewohnerin/dem Bewohner war nicht möglich, weil:		

Erstellt von (Name)	Freigabe:	Revision soll erfolgen am:
Datum:	Datum:	Datum:

Name, Adresse der Pflegeeinrichtung/Logo	4.2 Pflegevisite Bewohnerbezogene Zusammenfassung	Geltungsbereich: P	
	Dokument (Nr.) PK_03_4.2	Phase: CHECK	

Lebensqualität	
(Anmerkungen zum Veränderungsbedarf im wertschätzenden Umgang, den sozialen Kontakten, den Versorgungsangeboten und der Selbstbestimmung, siehe Punkt 1 des Pflegevisitenprotokolls)	
Was soll sich aus Sicht des Bewohners daran ändern?	
Gespräch war möglich : ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Überprüft werden sollte aus Sicht der visitierenden Pflegefachkraft:	
Angehörige waren anwesend: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

Ergebnis der Inaugenscheinnahme			
(Im Vordergrund stehen die Risikobereiche, bezieht sich auf die unter Punkt 2 aufgeführten Merkmale im Pflegevisitenprotokoll)			
Dekubitusrisiko	ja	<input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Sturzrisiko	ja	<input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Ernährungssituation	auffällig	<input type="checkbox"/>	unauffällig <input type="checkbox"/>
Kontrakturenrisiko	ja	<input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
freiheitsentziehende Maßnahmen	vorhanden	<input type="checkbox"/>	nicht vorhanden <input type="checkbox"/>
andere Bereiche, wie z. B. Hygiene, Wohnraumgestaltung etc.			

Erstellt von (Name)	Freigabe:	Revision soll erfolgen am:
Datum:	Datum:	Datum:

Name, Adresse der Pflegeeinrichtung/Logo	4.2 Pflegevisite Bewohnerbezogene Zusammenfassung	Geltungsbereich: P	
	Dokument (Nr.) PK_03_4.2	Phase: CHECK	

Bildet sich die wahrgenommene Ist-Situation in der Pflegedokumentation ab?		
Die Abbildung des Dekubitusrisikos ist: Bradenskala _____ Punkte	vollständig <input type="checkbox"/>	unvollständig <input type="checkbox"/> es fehlt:
Die Abbildung des Sturzrisikos ist:	vollständig <input type="checkbox"/>	unvollständig <input type="checkbox"/> es fehlt:
Die Abbildung der Ernährungssituation ist:	vollständig <input type="checkbox"/>	unvollständig <input type="checkbox"/> es fehlt:
Die Abbildung der freiheitsentziehenden Maßnahme ist:	vollständig <input type="checkbox"/>	unvollständig <input type="checkbox"/> es fehlt: trifft nicht zu <input type="checkbox"/>
Die Abbildung des Kontrakturreisikos ist:	vollständig <input type="checkbox"/>	unvollständig <input type="checkbox"/> es fehlt:

Behandlungspflege		
Abbildung der Medikamente	vollständig <input type="checkbox"/>	unvollständig <input type="checkbox"/> es fehlt:
Abbildung der Wundversorgung	vollständig <input type="checkbox"/>	unvollständig <input type="checkbox"/> es fehlt: trifft nicht zu <input type="checkbox"/>
Abbildung Blasenkatheter/ suprapubischer Katheter	vollständig <input type="checkbox"/>	unvollständig <input type="checkbox"/> es fehlt: trifft nicht zu <input type="checkbox"/>
Abbildung der PEG	vollständig <input type="checkbox"/>	unvollständig <input type="checkbox"/> es fehlt: trifft nicht zu <input type="checkbox"/>
Abbildung eines Stomas	vollständig <input type="checkbox"/>	unvollständig <input type="checkbox"/> es fehlt: trifft nicht zu <input type="checkbox"/>
Abbildung Schmerzmanagement	vollständig <input type="checkbox"/>	unvollständig <input type="checkbox"/> es fehlt: trifft nicht zu <input type="checkbox"/>

Erstellt von (Name)	Freigabe:	Revision soll erfolgen am:
Datum:	Datum:	Datum:

Name, Adresse der Pflegeeinrichtung/Logo	4.2 Pflegevisite Bewohnerbezogene Zusammenfassung	Geltungsbereich: P	
	Dokument (Nr.) PK_03_4.2	Phase: CHECK	

Handlungsbedarf besteht ...	ja	nein
... in der Verbesserung der Lebensqualität (Was hat sich aus dem Gespräch ergeben? Z.B. möchte BW das Grab des Ehemanns besuchen, Lieblingsgericht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... in der Verbesserung der direkten pflegerischen Versorgung (z. B. wurde bei der Inaugenscheinnahme eine belegte Zunge festgestellt, dass Hilfsmittel nicht zur Verfügung standen, der BW schmutzige Fingernägel hat, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... in der Verbesserung der Pflegedokumentation (z. B. bildet sich die individuelle Situation des Bewohners nicht ab, inhaltliche Dokumentationsanforderungen werden nicht erfüllt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... in sonstigen Bereichen (z. B. Milieugestaltung, Hygiene)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erstellt von (Name)	Freigabe:	Revision soll erfolgen am:
Datum:	Datum:	Datum:

– unbesetzt –

Name, Adresse der Pflegeeinrichtung/Logo	4.2 Pflegevisite Konsequenzen/Vereinbarungsprotokoll	Geltungsbereich: Alle Bereiche	
	Dokument (Nr.) PK_05_4.2	Phase: ACT	

Notwendige Anpassungen, Veränderungen, Überarbeitungen bzw. Fortbildungen

(personelle oder bauliche Veränderungen, Anpassung der Dokumente, Fortbildungen für Mitarbeiter)

Für jede Maßnahme bitte ein extra Formular ausfüllen!

Maßnahme	Durchzuführende Korrekturmaßnahme:
	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Ausführung	Begründung:
	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Überprüfung	Ausführung wurde vereinbart mit : _____
	Umsetzung bis : _____ Datum/Unterschrift : _____
Einführung	Überprüfung der Korrekturmaßnahme:
	Korrekturmaßnahme ausreichend? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Anmerkungen: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Einführung	Einführung und Information der Mitarbeiter am : _____
	Nachweis siehe Besprechungsprotokoll vom : _____

Erstellt von (Name)	Freigabe:	Revision soll erfolgen am:
Datum:	Datum:	Datum:

– unbesetzt –