

Scheve Management
Geschäftsbereich Produkte

Krankenhaus Bethel Berlin:
Interne Revision in Medizin und Pflege
vom 29.03. – 30.03.2017

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

Bericht im Auftrag des Gesellschafters

Auditoren:
Andreas Dietel, Cornelia Möller



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 3	8
3.1	MABNAHMENPLAN	8
3.2	FÜHRUNGSPROZESSE	8
3.2.1	<i>Führung, Politik und Strategie</i>	8
3.2.2	<i>Personal</i>	11
3.2.3	<i>Qualitätsmanagementsystem</i>	15
3.2.4	<i>Sicherheit</i>	18
3.3	KERNPROZESSE.....	19
3.3.1	<i>Pflege</i>	19
4	BEGUTACHTUNGEN	22
4.1	BEGUTACHTUNGEN VON WOHNBEREICHEN	22
4.1.1	<i>Station E 3</i>	22
4.1.2	<i>Intensivstation</i>	25
4.1.3	<i>Station 1.2</i>	28
4.2	BEGUTACHTUNGEN VON PATIENTEN	31
4.2.1	<i>Patient 1</i>	31
4.2.2	<i>Patient 2</i>	32
4.2.3	<i>Patient 3</i>	33
4.2.4	<i>Patient 4</i>	34
4.2.5	<i>Patient 5</i>	35

4.2.6	<i>Patient 6</i>	36
4.2.7	<i>Patient 7</i>	37
4.3	ÜBERPRÜFUNG DER DOKUMENTATION	38
5	ZUSAMMENFASSUNG	39
	ANHANG	44

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
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 Diakonie-Siegel Pflege (z.B. F 2.2.1) steht F für ‚Führungsprozess‘
FB	Fortbildung
FeM	Freiheitsentziehende Maßnahmen
GF	Geschäftsführer
gGmbH	Gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GHWL	Gebäude- und Hauswirtschaftsleitung
H	Hinweis – ‚muss‘ zur nächsten Revision umgesetzt sein bzw. nach Absprache auch eher
HA	Heimaufsicht des Landes
HG	Hauptgeschäftsführer
HZ	Handzeichen (-liste)
IKM	Inkontinenzmaterial
i.m-Injektion	Intramuskulär (in den Muskel) - Injektion
iO	In Ordnung
k.B.	Keine Bewertung
KHBE	Krankenhaus Bethel gGmbH
KIS	Krankenhausinformationssystem (wie z.B. MCC der Fa. Meierhofer, das im Diakoniewerk Bethel im Einsatz ist)
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
PDBE	Pflegedienst Bethel Berlin
PDCA-Zyklus	‚Plan-Do-Check-Act‘-Zyklus, steht für die Planungsschritte (Plan), Durchführungsschritte (Do), Überprüfungs- (Check) und Anpassungsschritte (Act) innerhalb eines Gesamtprozesses
PDL	Pflegedienstleitung

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

1 Einleitung

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

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

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

Anlassbezogen nehmen die Revisionen 1 – 3 Tage in Anspruch. Sie werden durch drei Auditoren des Gesellschafters durchgeführt. Die Revisionen beinhalten die Begehung der Einrichtung, die Visitation von Bewohnern und Patienten¹, die Begutachtung der Bewohner-/Patientenakte² sowie des Qualitätsmanagementhandbuchs und seiner Regelungen. Die Ergebnisse werden abschließend von den Auditoren vorgestellt und anschließend in Form des vorliegenden Berichtes an die Führungskräfte der Einrichtungen versandt.

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

Während im ersten Halbjahr die Revisionen der 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,

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.

diskutiert und Maßnahmen / Planungen für das darauf folgende Jahr vorgestellt. 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 Pflegedienste des DwB nach DSP (Diakonie-Siegel Pflege®). Bis Ende 2010 sind alle Einrichtungen zum ersten Mal zertifiziert worden, seitdem stellen sich die Einrichtungen regelmäßig ihren Rezertifizierungen.

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

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

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

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

Im folgenden Kapitel werden die Strukturdaten der Einrichtungen dargestellt.

2 Allgemeine Angaben zur Einrichtung

Datum der Prüfung	von: 29.03.2017	bis: 30.03.2017
Uhrzeit / Thema der Revisionstage		
1. Tag:	von: 09.00	bis: 17.00 Uhr
2. Tag	von: 09.00	bis: 17.00 Uhr
Anwesende Personen:		
Prüfer / Gutachter:		
1. Herr Dietel, SMG		
2. Frau Möller, SZOE		
Gesprächspartner der Einrichtung:		
Hr. Priv.-Doz. Dr. Bethge, Fr. H. Haase, Fr. CÄ Dr. Sievert, Hr. CA Dr. Niehus, Fr. CÄ Dr. Raatz, Hr. CA Dr. Schöpe, Fr. CÄ Werner, Hr. OA Dr. Weiße, Hr. CA Dr. Haase, Hr. Tressin / ltd. Schw. Endoskopie), Fr. Buchholz (MCC-Beauftragte Pflege/Wundmanagerin), Hr. Pastor Reichert, Herr Heyde(Itg. AG Ethik), Fr. Berginski (Vors. MAV) (Hr. Maaß), Hr. Borrmann (Bereichsleitg), Hr. Müller-Rawolle(Ltg. Betriebstechnik), Fr. Kremer (Betriebsärztin), Hr.Putbresa (Arbeitssicherheitsingenieur), Fr. Dr. Weitzel-Kage (FÄ f. Hygiene u. Umweltmedzin), Fr. S. Haase (Hygienefachkraft), Fr. Schneider(Koordinatorin Fortbildung), Fr. Schuleit(Beauftragte für Ernährungsmanagement), Fr. Becker(Fachpflegekraft) (Hr. Reimann)		
Wann wurde die Einrichtung zuletzt von anderen Qualitätsprüfungsinstitutionen besucht		
2016, EndoProthetik und Akutschmerzdienst		
Name und Träger der Einrichtung sowie verantwortliche Personen mit Angabe der Qualifikationen:		
Name der Einrichtung:	Krankenhaus Bethel Berlin	
Gesellschafter:	Diakoniewerk Bethel gemeinnützige GmbH	
HG:	Hr. Priv.-Doz. Dr. N. Bethge	
PDL / Geschäftsführerin:	Fr. H. Haase	
Stv. PDL:	Fr. I. Zöhner	
Seit wann besteht die Einrichtung?		
1945		

Welche Zusatzleistungen / Spezialisierungen werden von der Einrichtung angeboten?

1. Endoprothetikzentrum - Hüfte und Knie
2. Weaning
3. Akutschmerzdienst - Schmerzarmes Krankenhaus

Art der Einrichtung und Versorgungssituation

Bettenanzahl: 251

Aktuelle Belegung:

Auslastung in %:

Folgende Ausstattung ist vorhanden (ja/nein):

	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

Qualifikationen	Vollzeit		Teilzeit		Gesamt-Std.	Geringf. Beschäftigte	
	Anzahl MA in VK	Stunden wöchentl.	Anzahl MA in VK	Stunden wöchentl.		Anzahl MA in VK	Stunden wöchentl.
Geschäftsführerin	1,00	40,00			40,00		
Pflegedienstleitung	1,00	40,00			40,00		
Krankenschwestern	72,56	2902,40	39,27	589,05	3491,45		
Hygienefachkraft	0,18	0,45		0,00	0,45		
Krankenpflegehelfer	3,09	123,60	0,81	12,15	135,75		
Altenpfleger/-innen	0,12	4,80	0,75	11,25	16,05		
Pflegeassistent/-in	1,25	50,00	0,79	11,85	61,85		
Pflegehilfskräfte ohne		0,00	1,58	23,70	23,70		
Pflegehilfskräfte mit	2,06	82,40		0,00	82,40		
Hilfskraft	0,02			0,00	0,00		
Praktikant im	0,42	1,05		0,00	1,05		
Stationssekretärin			0,75	11,25	11,25		
Auszubildende		0,00		0,00	0,00		
Gesamt:	81,70	3244,70	43,95	659,25	3903,95	0,00	0,00

3 Prüfkatalog Diakonie-Siegel Pflege, Version 3³

3.1 Maßnahmenplan

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

3.2 Führungsprozesse

3.2.1 Führung, Politik und Strategie

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 1.1 Diakonisches Einrichtungsleitbild	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Buchreligionen - wie der jüdische, christliche und orthodoxe Glauben - werden in der Verfahrensanweisung berücksichtigt, der Islam noch nicht. Dennoch können die Befragten darstellen, dass auch Angehörige dieser Religion berücksichtigt werden: Im Raum der Stille steht bspw. ein Gebetsteppich zur Verfügung, über den Krankenhausesseelsorger kann der Kontakt zu Imamen hergestellt werden. Dies ist in den letzten Jahren einmal gewünscht worden.</p> <p>F: Die Verfahrensanweisungen ist in den letzten Jahren nicht mehr überarbeitet oder ergänzt worden.</p>	<p>H: Verfahrensanweisungen müssen regelmäßig gesichtet und ggf. aktualisiert werden.</p>
<p>F: Das Angebot der Seelsorge hängt aus (im Eingangsbereich).</p> <p>F: In der Befragung zu diakonischen Bedürfnissen der Mitarbeitenden gaben Mitarbeiter an, sich nicht sicher zu sein, wie eine Aussegnung durchgeführt wird. In diesem Jahr werden hierzu Fortbildungen angeboten.</p>	
<p>F: Konsile des Seelsorgers werden durch das Intranet oder durch E-Mails an den Krankenhausesseelsorger herangetragen.</p> <p>F: Angebote von Andachten hängen auf den Stationen aus.</p>	
<p>F: Mittwoch wird eine Abendandacht angeboten, Freitags eine Mittagsandacht. Sonntags ist der Pastor ebenso im Hause. Das Interesse an der Teilnahme ist unterschiedlich hoch.</p>	
<p>F: In den gesehenen Zimmern befanden sich Bibeln in den Patientenschränken.</p>	
<p>F: Im gesehenen Gemeinschaftsraum der Station befand sich kein Neues Testament.</p>	<p>H: Die Gemeinschaftsräume müssen ebenso wie die Patientenzimmer mit Neuen Testamenten ausgerüstet werden.</p>

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

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 1.3 Organigramm	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Das Organigramm ist für alle Mitarbeiter im Intranet aufruf- und einsehbar.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
Managementbewertung / Rahmenbedingungen	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Das IQTIG (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen) entwickelt Qualitätsindikatoren im Bereich der Endoprothesen und im Bereich der Endoskopie.</p> <p>F: Personaluntergrenzen in der Pflege - zur Zeit im Rahmen der Gesundheitspolitik diskutiert im Bereich der Geriatrie und der Intensivstation. Zum Thema Pflegeberufegesetz sieht es so aus, dass die derzeitige Regierung diesen Weg weiterverfolgt, ein Abschluss noch diese Legislaturperiode ist jedoch noch offen.</p> <p>F: Meldepflicht von Tumoren - Erkrankungen, Tode etc. - Zunahme der Bürokratie.</p> <p>F: Entlassmanagement: Ggf. ab 1.7.2017 Veränderungen bei der Entlassung (Entlassrezept für 14 Tage, Medikationsplan, der elektronisch ausgelesen werden kann), muss durch das Krankenhaus erstellt und bei Entlassung mitgegeben werden - das RZV bietet hierzu noch keine Softwarelösung an.</p>	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 1.5 Managementbewertung	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Grundsätzlich lässt sich zu der vorgelegten Managementbewertung sagen, dass die dargestellten Themen über die Pflichtthemen hinausgehen. Insbesondere werden die Fragen aus dem KTQ-Manual beantwortet - exemplarisch hierfür: Hygienemanagement, Ausbildung.</p> <p>F: Format: Teilweise erscheint die Darstellung der Ergebnisse in Word noch verbesserungsfähig - Tabellen verrutschen oder sind im Querformat dargestellt.</p> <p>F: Ergebnisauswertungen beachten nicht immer Bethelkonventionen - z.B. wurden Kennzahlen in ihrer Auswertung nicht vollständig dargestellt - hier bspw. die Kurzzeiterkrankungen.</p> <p>F: Ziele sind teilweise nicht nachmessbar formuliert.</p> <p>F: Ziele und Maßnahmen sind in Kapitel 7 nicht vollständig aufgeführt - hier müssen alle Ziele und Maßnahmen aus der Managementbewertung aufgelistet werden.</p> <p>F: Schmerzmanagement - Änderung des Verfahrens zur Verbesserung der Schmerzfreiheit bei Patienten und zur schnelleren Mobilisation postoperativ ist ein Produkt der Anästhesie und der Abteilung Unfallchirurgie.</p>	<p>H: Bethelkonventionen müssen beachtet werden.</p> <p>E: Der Entwurf der Managementbewertung sollte vor der Veröffentlichung noch redaktionell überarbeitet werden. Die Möglichkeiten, die das Programm Word bietet, sollten ausgenutzt werden.</p> <p>H: Ziele und Maßnahmen müssen am Ende des Kapitels 7 nochmals aufgeführt werden. Ein Leser kann somit mit Hilfe des Inhaltsverzeichnisses und den Tabellen am Ende nachvollziehen, wo die Verbesserungspotentiale der Einrichtung liegen.</p>
<p>F: Jede Abteilung legt jährlich ihre Ziele fest und veröffentlicht diese im Intranet. Die medizinischen Abteilungen haben sowohl gemeinsame als auch abteilungsspezifische Ziele aufgeführt - die gesehenen pflegerischen Ziele der Stationen enthalten individuelle Ziele, die sich pro Station unterscheiden.</p>	<p>E: Auch in der Berufsgruppe der Pflegenden sollten pro Station gemeinsame, einrichtungsweite Ziele aufgeführt werden.</p>
<p>F: Die Auswertung bzgl. der Fluktuation ist im Ergebnis nicht aussagekräftig.</p>	<p>H: Die Auswertungen müssen sich an den Bethelkonventionen orientieren und bezüglich der Mitarbeiterbindung aussagekräftig formuliert werden.</p>
<p>F: Die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragungen werden in den Abteilungssitzungen jeder Abteilung präsentiert.</p> <p>F: Weiterreichende Maßnahmen können in der Dialogrunde zur Internen Revision nicht geschildert werden.</p> <p>F: Die Bögen werden häufig von den Mitarbeitern nicht so ausgefüllt, dass eine konkrete Maßnahme auf Abteilungsebene möglich wäre (z.B. Angaben zur Berufsgruppenangehörigkeit, Abteilungs-/Stationsangehörigkeit fehlen häufig).</p>	<p>H: Die Einrichtung muss vor der anonymen Mitarbeiterbefragung über den Zweck und über die Möglichkeiten informieren, mit dem Ziel, die Beteiligung und Rückmeldungsqualität zu erhöhen.</p>

3.2.2 Personal

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
KTQ: 2.1.1 Personalbedarf	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Fluktuation liegt 2016 bei rund 15%, die Jahre davor bei 13%. F: Im Pflegedienst gibt es zur Zeit 120 VK, geplant sind rund 130 VK, das heißt, es fehlen rund 10 VK.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
KTQ: 2.1.2 Personalentwicklung	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Erwartungen der Einrichtung an ihre Mitarbeiter, die christlichen Werte mitzutragen (Akzeptanz, Respekt, Unterstützung), werden beim Vorstellungsgespräch bereits thematisiert.	H: Diese Erwartung an die Mitarbeiter muss sich auch in der Stellenbeschreibung aller Mitarbeiter aller Berufsgruppen wiederfinden. Hierzu gibt es aus anderen Unternehmen bereits gute und etablierte Formulierungen.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.4 Interne Kommunikation	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: In den Tagesordnungen ist das diakonische Profil ständiger Tagesordnungspunkt. Bei der Begehung wurden Teambesprechungsprotokolle gesichtet, die keine Ausführungen zu diesem Tagesordnungspunkt enthielten.	H: Besprochene Themen - wie bspw. Losung und Lehrtext oder ein geeigneter Erläuterungstext hierzu - müssen ebenso auf dem Protokoll vermerkt werden.
F: Pausenfenster sind nicht festgelegt.	H: Pausenfenster sollten festgelegt werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.5 Stellenbeschreibungen	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Stellenbeschreibungen konnten nicht eingesehen werden (Pflegefachkräfte, Therapeuten usw.).	H: Alle relevanten Unterlagen müssen den Auditoren vor der Revision in der beschreibbaren Fassung (Word-Dokumente) spätestens zwei Wochen zuvor übermittelt werden.
F: Die Erwartungen der Einrichtung an ihre Mitarbeiter, die christlichen Werte mitzutragen (Akzeptanz, Respekt, Unterstützung), werden beim Vorstellungsgespräch bereits thematisiert.	H: Diese Erwartung an die Mitarbeiter muss sich auch in der Stellenbeschreibung aller Mitarbeiter aller Berufsgruppen wiederfinden. Hierzu gibt es aus anderen Unternehmen bereits gute und etablierte Formulierungen.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
KTQ: 2.1.3 Einarbeitung; DSP: F 2.6 Einarbeitung neuer Mitarbeiter	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Nicht jeder neue Mitarbeiter erhält eine Bibel zu seiner Einstellung.	H: Es gehört zu dem Anspruch des Diakoniewerkes, dass jeder Mitarbeiter eine Bibel zur Einstellung angeboten bekommt - dieser Anspruch muss von der Einrichtung umgesetzt werden.
F: Das Thema "Diakonisches Profil" ist Teil der Checkliste zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter. Beispielsweise wird dort das Vorstellen der Leitbilder aufgeführt, das Konzept der Ethik-AG usw. N: Allgemeiner Teil der Einarbeitungscheckliste.	
F: Das Qualitätsmanagement, die Sicherheit u.a. Themen sind Teil der Einarbeitungscheckliste.	
F: Die Auswertung bzgl. der Fluktuation ist im Ergebnis nicht aussagekräftig.	H: Die Auswertungen müssen sich an den Bethelkonventionen orientieren und bezüglich der Mitarbeiterbindung aussagekräftig formuliert werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
KTQ: 2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung; DSP: F 2.8 Fort- und Weiterbildung	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Es gibt keine Literaturliste bzw. nur bei einzelnen Sekretariaten.</p> <p>F: Es gibt insofern keine Literatur zum Ausleihen oder um nachzuschlagen. Bei diakonischen Fortbildungen werden Literaturquellen benannt, im Intranet werden diese Unterlagen nicht veröffentlicht.</p> <p>F: Im Gruppenlaufwerk werden die Präsentationen der Dozenten hinterlegt.</p>	<p>E: Eine Literaturliste sollte erstellt werden.</p> <p>E: Die Literatur zu den Fortbildungen könnte ggf. als Scan im Intranet allen Teilnehmer einer Fortbildung zur Verfügung gestellt werden. Die Einrichtung sollte jedoch prüfen, ob dies mit dem Autorenschutz vereinbar ist.</p>
<p>F: Das Fortbildungsprogramm von 2017 enthält Pflichtfortbildungen zur Fachlichkeit als auch zum diakonischen Profil.</p>	
<p>F: Diakonische Fortbildungen werden angeboten.</p> <p>N: Fortbildungsprogramm 2017</p>	
<p>F: Fortbildungen, die aus der Mitarbeiterbefragung zu diakonischen Bedürfnissen von Mitarbeitenden für Ärzte abgeleitet worden, betreffen beispielsweise die Maßnahmen bei Verstorbenen.</p> <p>F: Der Krankenhausesseelsorger steht (fast) rund um die Uhr für Notfälle zur Verfügung.</p>	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
KTQ: 2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung; DSP: F 2.8 Fort- und Weiterbildung	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Eine Koordinatorin sammelt die Fortbildungsthemen aus den Abteilungen und koordiniert die Termine. Die Themen sind teilweise abteilungsbezogen, teilweise berufsgruppenübergreifend.</p> <p>F: Wenn der Schulungsbedarf offensichtlich wird, werden Aspekte für die kommenden Monate aufgenommen - hier bspw. Hygienethemen, Ernährungsmanagement.</p> <p>F: Die Wirksamkeit der Schulungen werden teilweise durch Audits überprüft.</p> <p>F: Die Einrichtung führt ein Budget aus - konkretisiert wird dieses jedoch nicht.</p> <p>F: Der Erhalt Fachkunde / Sachkunde im Bereich des Röntgen für Ärzte wird von der Einrichtung unterstützt.</p> <p>F: Teilnahme an Weiterbildungen werden mit der Übernahme des Eigenanteils durch die Mitarbeiter ermöglicht.</p> <p>F: Die Teilnahme wird dokumentiert und den Abteilungsleitern pro Quartal zur Verfügung gestellt. In 2016 lag die Teilnahme bei 61%.</p> <p>F: Um Vorgaben der Fachgesellschaften zu erfüllen, müssen Fachkräfte weiterqualifiziert werden - in der Pflege wird ein Plan geführt. Im medizinischen Bereich wird eine Übersicht für die Erhaltung der Facharztqualifikation geführt.</p> <p>F: Das KH ist Einsatzstelle für Auszubildende der Wannsee-Schule und betreut rund 45 Auszubildende pro Jahr.</p> <p>F: Der Weiterbildungsquotient wird in den Kennzahlen nicht ausgewiesen.</p> <p>N: Fortbildungsplan 2017; Auswertung der Fortbildungen 2016</p>	<p>H: Das Budget muss festgelegt werden.</p> <p>H: Der Weiterbildungsquotient muss in der Managementbewertung ausgewiesen werden.</p>
<p>F: Die freiwillige Registrierung für beruflich Pflegende ist unter den Angesprochenen aus der Pflege kein Thema und wird dort nicht aktiv verfolgt.</p>	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
KTQ: 2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung; DSP: F 2.7 Ausbildung	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: An der Wannsee-Schule werden die aktuellen Themen des Pflegeberufes, wie die Nationalen Expertenstandards, die Pflegeplanung, die Krankenbeobachtung, Risikoeinschätzung usw. thematisiert.</p> <p>F: Regelmäßig bewerben sich Auszubildende, die im Rahmen ihrer Einsätze auch im Krankenhaus Bethel Berlin waren, im Krankenhaus um eine Stelle.</p> <p>F: Praxisanleiter werden von der Wannsee-Schule einmal jährlich eingeladen, um über die neuesten Aspekte der Ausbildung sowie über die Qualität der Ausbildung in der Einrichtung zu berichten. Das Krankenhaus befragt die Auszubildenden am Ende ihres Einsatzes auch intern nach ihrer Meinung zur Qualität der Begleitung auf den Stationen.</p> <p>F: In der Einrichtung wurden 64 PJ-Studenten betreut, die aus anderen Universitäten stammen.</p> <p>F: Vier der ehemaligen PJ-Studenten sind im Krankenhaus im Anschluss Assistenzärzte geworden.</p>	

3.2.3 Qualitätsmanagementsystem

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.1 Aufbau des Qualitätsmanagementsystems	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Die QM-Beauftragte ist nicht zu allen Stärken und Schwächen sowie den eingeleiteten Maßnahmen informiert.</p>	<p>H: Die QM-Beauftragte muss über alle maßgeblichen Vorgänge informiert sein bzw. informiert werden.</p>

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.2 Lenkung von Dokumenten und Aufzeichnungen	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Anzahl der Dokumente, die die QM-Beauftragte verwalten muss, ist sehr hoch. Die Einheitlichkeit der Gestaltung der Verfahrensanweisungen ist nicht sichergestellt. Das Archivierungssystem und Informationssystem für Dokumente ist nach eigener Aussage der Beteiligten optimierungsfähig.	H: Die Einheitlichkeit und Pflege der Dokumente muss sichergestellt werden - teilweise ist hierbei aber die Einrichtung auf die Zustimmung des Gesellschafters angewiesen.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
KTQ: 6.2.3 Mitarbeiterbefragung	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragungen werden in den Abteilungssitzungen jeder Abteilung präsentiert. F: Weiterreichende Maßnahmen können in der Dialogrunde zur Internen Revision nicht geschildert werden. F: Die Bögen werden häufig von den Mitarbeitern nicht so ausgefüllt, dass eine konkrete Maßnahme auf Abteilungsebene möglich wäre (z.B. Angaben zur Berufsgruppenangehörigkeit, Abteilungs-/Stationsangehörigkeit fehlen häufig)	H: Die Einrichtung muss vor der anonymen Mitarbeiterbefragung über den Zweck und über die Möglichkeiten informieren, mit dem Ziel, die Beteiligung und Rückmeldungsqualität zu erhöhen.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
KTQ: 6.4.1 Qualitätsrelevante Daten interner/externer Verfahren; F 3.3 Umgang mit Fehlern, Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Die Fehlermeldungen aller Abteilungen laufen bei zwei Vertrauenspersonen der Abteilung UCH ein - Meldungen werden über das CIRS-Formular aus dem Intranet eingegeben. Die CIRS-Gruppe sichtet und entscheidet, wie mit den Fastfehlern umgegangen wird.</p> <p>F: Während der Abteilungsleitungssitzungen wird für die Benutzung des CIRS geworben.</p>	<p>H: Das Fehlermanagement muss ausgebaut werden. Es muss deutlich erkennbar sein, dass Fehler einer Abteilung nicht als "Geheimsache" sondern als Chance, künftig denselben Fehler zu vermeiden, betrachtet wird. Entsprechend muss auch der "Fehler des Monats" kommuniziert werden. Bei allen Fragen, die mit dem Fehlermanagement zusammenhängen, kann beispielsweise auf die Berliner Ärztekammer zurückgegriffen werden, die Mitinitiator der Aktion zum Umgang mit Fehlern ist.</p>
<p>F: Im Rahmen des KISS (Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System) werden Vergleiche mit anderen Krankenhäusern möglich - Daten der teilnehmenden Krankenhäuser werden bis März zentral gesammelt und bis Juni desselben Jahres veröffentlicht. Hieraus kann das Krankenhaus erkennen, wie es im Vergleich mit anderen abschneidet und welche Maßnahmen zur Verbesserung der Ergebnisse eingeleitet werden müssen.</p>	
<p>F: Die Bewertung der Fehler in der Managementbewertung ist nur teilweise aussagekräftig.</p>	<p>H: Die Bewertung der Fehler muss zugespitzt werden - hier gibt es eine Vorgabe in Form der Anlage 2 zur Verfahrensanweisung der Managementbewertung.</p>

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.4 Beschwerdemanagement	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Die Einrichtung kann nicht darstellen, ob die Themen regelmäßig behandelt werden und mit welchem Ergebnis. Die QMB ist auch nicht in alle relevanten Prozesse mit ihren Stärken und Risikopotentialen eingeweiht.</p>	<p>H: Das Management muss regelmäßig risikobehaftete Schwachstellen identifizieren und die relevanten im Blick behalten. Ebenso muss die QM-Beauftragte über die relevanten Punkte informiert sein und ggf. nachfragen können.</p>

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.6 Ermittlung der Bewohner- / Patientenzufriedenheit	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Zentrale Maßnahmenpläne werden nicht geführt, die QM-Beauftragte ist nicht in jedem Fall über die Stärken, Schwächen und Maßnahmen in den unterschiedlichen Abteilungen informiert..	H: Die QM-Beauftragte muss jederzeit einen Überblick bekommen, welche Bereiche problematisch bzw. auch risikobehaftet sind und nachverfolgen können, welche Maßnahmen mit welchen Ergebnissen ergriffen wurden.

3.2.4 Sicherheit

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
KTQ: 3.2.1 Arbeitsschutz; DSP: F 4.2 Arbeitsschutz	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Die Einrichtung wird regelmäßig begangen - hierfür sind der Sicherheitsingenieur eines externen Dienstleisters und die Leitung der Technik zuständig.</p> <p>F: Der Ingenieur verwendet keinen Leitfaden für seine Begehungen sondern schreibt im Nachgang Berichte über die Auffälligkeiten. Diese werden an die Krankenhausleitung übermittelt, welche die Umsetzung der Maßnahmen veranlasst. Es gibt keinen zentralen Maßnahmenplan.</p> <p>F: Vom Sicherheitsingenieur wird das Gefahrenstoffverzeichnis aktualisiert und Schulungen durchgeführt.</p> <p>F: Die Prüfung nach BGA-V3 wird durch Firma Elmedas durchgeführt. Die Wartungszyklen der diversen Gerätschaften befinden sich bei dem Leiter der Technik. Die Liste der ortsveränderlichen Geräte werden von einer Firma erstellt und auch regelmäßig geprüft.</p> <p>F: Die Pflegebetten wurde überprüft - die Mängelanzeige war schwer nachvollziehbar und die Maßnahmenverfolgung ebenso.</p> <p>N: Wartungszyklen - Tabelle mit Übersicht und Datumskontrollen, Bestandsverzeichnis, Medizinprodukte</p>	<p>H: Es ist nicht deutlich geworden, wie die Maßnahmenverfolgung funktioniert. Diese muss im Prozess beschrieben und nachprüfbar durchgeführt werden.</p> <p>H: Was mit den Betten, die Mängel aufwiesen, geschieht, muss nachverfolgt werden.</p>

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
KTQ: 3.1.4 Organisation der Hygiene; DSP: F 4.5 Hygiene	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Hygiene: Stationsbegehungen, dreimal jährlich; bestimmte Bereiche viermal jährlich.</p> <p>F: Die Hygienikerin wird bei Auffälligkeiten informiert.</p> <p>F: Die nosokomialen Infektionen werden regelmäßig thematisiert und Maßnahmen abgeleitet. Hier befindet sich das KH im Durchschnitt.</p> <p>F: Per Mail informiert die Hygienefachkraft über die Ergebnisse der Audits und die notwendigen Maßnahmen. Das Protokoll liegt elektronisch vor. Zur Zeit werden die Protokolle überarbeitet, um die elektronische Bearbeitung besser zu ermöglichen.</p> <p>F: Maßnahmenpläne sollen erstellt werden.</p> <p>F: Patienten werden nach MRSA gescreent.</p> <p>N: Hygieneprotokoll UCH.</p>	<p>H: Die Aufarbeitung der Ergebnisse muss verbessert werden. Alle Auffälligkeiten nicht nur aus den Hygieneaudits sollten in einem zentralen Maßnahmenplan aufgeführt werden.</p>

3.3 Kernprozesse

3.3.1 Pflege

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
KTQ: 3.1.3 Medizinisches Notfallmanagement	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Die VA zum medizinischen Notfall wird zur Zeit aktualisiert.</p>	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
KTQ: 1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten; DSP: K 2.1 Erstkontakt, Erstgespräch, Beratung	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Während der Erstgespräche bei der Aufnahme von Patienten werden seelsorgerliche Bedürfnisse erfragt und auf dem Stammbblatt vermerkt.	
F: In den gesehen Patientenakten waren die Angaben zu seelsorgerlichen Wünschen der Patienten im Stammbblatt vermerkt.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
KTQ: 1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung; K 1.13 Umgang mit Sterben und Tod - VA Uebergabe von Verstorbenen 1.0; VA Organisation und Durchführung von Aussegnungen 2.0, VA; Versorgung von Sterbenden 2.0;	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Pro Jahr finden etwa drei ethische Fallbesprechungen statt, bei denen Angehörige, Betreuer und Berufsgruppen einbezogen werden. Hieraus erwachsen konkrete Maßnahmen für die Behandlung des Patienten. F: Bei der ethischen Fallbesprechung ist der Krankenhauseelsorger mit einbezogen.	
F: Zur Zeit entwickelt das Krankenhaus ein Palliativkonzept und qualifiziert zwei Pflegefachkräfte zu Palliativ-Care-Kräften.	
F: Die Utensilien zur Gestaltung des Abendmahls oder der Aussegnung befinden sich im Büro des Seelsorgers.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
KTQ: 1.4.2 Therapeutische Prozesse	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Auf den Stationen in den Dienstzimmern befinden sich Fächer der Physiotherapie - und dort entnehmen die Mitarbeiter täglich die Verordnungen (papiergestützt). Bei Behandlungspfaden (Rapid-Recovery) werden die Patienten bei der Übergabe um 8.15 Uhr vorgestellt und ebenso in das Behandlungsprogramm der Therapeuten aufgenommen.</p> <p>F: Die Physiotherapeuten sind Stationen fest zugeordnet.</p>	
<p>F: Die Therapeuten rotieren regelmäßig, damit alle Therapeuten auf unterschiedlichen Stationen sind.</p> <p>F: Zur Zeit besitzt die Abteilung der Physiotherapeuten rund 18 VK bzw. 23 Mitarbeiter.</p> <p>F: Die Therapeuten spezifizieren ggf. bei Behandlungsbeginn gemeinsam mit dem Arzt.</p> <p>F: Alle Fortschritte und die Hilfsmittel der therapeutischen Maßnahmen werden dokumentiert.</p>	
<p>F: Mit zwei Schulen (Paul-Vogler-Schule, Reha-Akademie) bestehen Kooperationsverträge als Einsatzstellen. Die Schulpraktikanten werden eingewiesen und Mitarbeitern zugewiesen. Einmal wöchentlich werden die Praktikanten durch ihre Einsatzbetreuung besucht und geprüft.</p> <p>F: Neue Mitarbeiter werden etwa drei Monate lang begleitet - Mentoren stehen zur Verfügung.</p> <p>F: Im Rahmen des Qualitätszirkels werden Veränderungen diskutiert und eingeführt.</p> <p>F: Behandlungsschemata werden von den Abteilungen und durch die Abteilung der Unfallchirurgie erstellt.</p> <p>F: Fortbildungen finden bspw. zum Umgang mit dementen Menschen statt.</p> <p>F: Dokumentationsvisiten werden durchgeführt - die Protokolle liegen bei einer Mitarbeiterin, die zur Zeit im Urlaub ist.</p>	

4 Begutachtungen

4.1 Begutachtungen von Wohnbereichen⁴

4.1.1 Station E 3

Datum:	29.03.2017
Begleitpersonen / Leitungen:	Herr Dietel

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
F 4.2 Arbeitsschutz*	Hautschutzplan der BGW / Hygieneplan*	iO
	Frage aus F 4.5: Aushang aktueller Hygiene- und Desinfektionspläne? Wird Hautschutz mit in die Hinweise eingeschlossen? Mitarbeitern bekannt?	iO
F 4.3 Brandschutz*	Aushang von Flucht- und Rettungsplänen*	iO
	Sind Fluchtwege / Flure frei begehbar?*	iO
	Sicherheit: Zugang zu gefährlichen Substanzen*	iO
F 4.4 Wartungs- und Kontrollsystem*	Kontrolle des Defibrillators / der Sauerstoffflasche des Reanimationswagens* (z.B. Ordner der Medizinprodukte - Wartungs- und Kontrollsystem. Mögliche Nachweise Anzahl, Art, Betriebsanleitungen bzw. Gebrauchsanleitungen)*	k.B.
	Notfallausstattung*	iO
	Funktionskontrolle der Medizinprodukte durch die Mitarbeiter des Bereiches*	iO
	Beachtung des Datenschutzes*	iO
	Überwachung der Kühlschranktemperatur (dokumentiert?)	k.B.
F 4.5 Hygiene**	Ausstattung Pflegewagen* / Arbeitsmittel im ausreichenden Umfang (Handschuhe, Händedesinfektionsmittel etc.) vorhanden?*	k.B.
	Sauberkeit / Pflege der Rollstühle, Lifter und anderer Hilfsmittel*	k.B.
	Veröffentlichung von Sicherheitsanweisungen, z.B. Verhalten im Notfall*	iO
	Erforderliche Hygienemaßnahmen bei Isolierten (Schutzkleidung, Hauben, Mundschutz, Handschuhe, Einmalkittel, Wäsche, Abwurf, Reinigung)?*	k.B.
	Umgang mit reinem / unreinem Arbeitsraum / Arbeitsmitteln*	iO

⁴ Die Kriterien sind dem Katalog Diakonie-Siegel Pflege, Version 3, entnommen

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
	Lagerungshilfsmittel*	iO
	Lagerung der Verbandsmaterialien / Sterilgut*	k.B.
	Kleidung der Mitarbeiter*	k.B.
	Gesamteindruck Sauberkeit und Hygiene **	k.B.
K 1.9 Umgang mit den Medikamenten*	Die Medikamentenschränke sind abschließbar / Lagerung in Medikamentenkühlschränken bei Bedarf.*	iO
	Sachgemäße Lagerung / Aufbewahrung (Beschriftungen nach Anbruchs- und Verfallsdatum mit Jahreszahl* / Entsorgung der Medikamente (und Spritzenbestecke)*	k.B.
	Kontrollliste Lagergut und Medikamente*	k.B.
	Entsprechen die gestellten Medikamente denen, die der Arzt angeordnet hat (Abgleich Medikamente / Verordnung)?*	iO
	BTM – Buch und Aufbewahrung (Vollständigkeit) / Verblisterung / Vier-Augen-Prinzip*	k.B.
K 2.2 Wohnraumgestaltung **	Gestaltung der Gemeinschaftsräume**	iO
	Gestaltung der Außenbereiche - Balkone / Gehwege / Bepflanzungen**	iO
	Erscheinungsbild der Flure / Gestaltung der Sitzgelegenheiten / Informationstafeln etc.**	iO
	Veranstaltungsübersicht**	iO
	Orientierungshilfen*	iO
K 2.3 Verpflegung *	Aktueller, gut lesbarer Speiseplan im Wohnbereich?*	iO
K 2.4 Reinigung **	Verkehrsflächen - Fußböden („runde Ecken“, Staub, Begehbarkeit)**	Die Verkehrsflächen sehen sauber aus.
	Gerüche?*	Keine.
	Sanitärbereiche und Funktionsräume**	iO
	Sauberkeit und Ordnung in Gemeinschaftsräumen**	iO
	Sauberkeit der Umgebung: Fenster, Sonnenschutz / Jalousien **	Neu gestrichene Wände, neu gestaltete Lichthöfe.
	Sauberkeit Verteilerküchen**	t.n.z.
U 1.5 Beschaffung und Lagerung		
Diakonisch-Kirchliche Angebote *	Leitbilder gut sichtbar und bewohnerorientiert angebracht?*	Die Leitbilder sind nicht in Rollstuhlhöhe angebracht. H: Alle Aushänge müssen so angebracht werden, dass es auch Rollstuhlfahrern möglich ist, die Aushänge zu lesen.
	Ausstattung der Bewohnerzimmer / Büros mit Neuem Testament (NT)*	iO
	Angebotsübersicht gut sichtbar?*	Auf den Stationen hängt das seelsorgerliche Angebot nicht aus. H: Das Angebot muss gut sichtbar ausgehängt werden.
	Bibel / Feiern und Loben / andere Gesangsbücher in allen Wohnbereichen / Einlegeblätter?*	Im gesehenen Gemeinschaftsraum der Station befand sich kein neues Testament. H: Die Gemeinschaftsräume müssen ebenso wie die Patientenzimmer mit neuen Testamenten ausgerüstet werden.
	Liste der Pastoren / Pfarrer*	iO
	Utensilien zur Gestaltung des Abschieds von verstorbenen Bewohnern (*Aussegnungssets*) in allen Wohnbereichen?*	Die Utensilien befinden sich im Büro des Pastors.

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
Sonstiges	Namenschilder?	iO
	FeM: Bei Freiheitsentziehenden Maßnahmen: liegt Gerichtsbeschluss vor? (Stichprobe)*	k.B.
	Handzeichenlisten aktuell? (Stichprobe: von der HZ-Liste zum Dienstplan zur Akte - Übereinstimmung?)*	k.B.
	Stufenloser Eingang *	iO
	Aufzüge mit großen, für Rollstuhlfahrer erreichbaren Bedienelementen (Höhe unter 1.20 m)*	iO
	Handläufe, Haltegriffe*	iO
	Behindertengerechtes Bad / Toilette auf allen Etagen*	iO
	Rufanlage in jedem Zimmer vorhanden / Nachtbeleuchtung*	iO
	Rutschfester Fußboden*	iO
	An Pflegefachkraft: Wann erfahren Sie von Aufnahmen? Welche Informationen erhalten Sie aus dem Erstgespräch / der prästationären Sprechstunde / vom Überleitungsbogen? Wer legt die Bezugs- / Bereichspflegefachkraft fest?	k.B.
	Kennen Sie die Ziele Ihrer Einrichtung? Kennen Sie die Ihrer Abteilung für dieses Jahr? Wissen Sie, wo Sie im Moment stehen?	k.B.
	Dienst- / Tourenplanung - Kap. 4.1.1	(Kontinuität der Pflegefachkräfte ersichtlich? Gegeben?)
	<u>Interne Kommunikation - Kap. 4.1.1</u>	
	Datenschutz - Kap. 4.3 (k113f)	
Gesamtbewertung**		

Legende:

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

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

4.1.2 Intensivstation

Datum:	
Begleitpersonen / Leitungen:	

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
F 4.2 Arbeitsschutz*	Hautschutzplan der BGW / Hygieneplan*	iO
	Frage aus F 4.5: Aushang aktueller Hygiene- und Desinfektionspläne? Wird Hautschutz mit in die Hinweise eingeschlossen? Mitarbeitern bekannt?	iO
F 4.3 Brandschutz*	Aushang von Flucht- und Rettungsplänen*	iO
	Sind Fluchtwege / Flure frei begehbar?*	iO
	Sicherheit: Zugang zu gefährlichen Substanzen*	iO
F 4.4 Wartungs- und Kontrollsystem*	Kontrolle des Defibrillators / der Sauerstoffflasche des Reanimationswagens* (z.B. Ordner der Medizinprodukte - Wartungs- und Kontrollsystem. Mögliche Nachweise Anzahl, Art, Betriebsanleitungen bzw. Gebrauchsanleitungen)*	iO
	Notfallausstattung*	iO
	Funktionskontrolle der Medizinprodukte durch die Mitarbeiter des Bereiches*	k.B.
	Beachtung des Datenschutzes*	iO
	Überwachung der Kühlschranktemperatur (dokumentiert?)	k.B.
F 4.5 Hygiene**	Ausstattung Pflegewagen* / Arbeitsmittel im ausreichenden Umfang (Handschuhe, Händedesinfektionsmittel etc.) vorhanden?*	iO
	Sauberkeit / Pflege der Rollstühle, Lifter und anderer Hilfsmittel*	iO
	Veröffentlichung von Sicherheitsanweisungen, z.B. Verhalten im Notfall*	iO
	Erforderliche Hygienemaßnahmen bei Isolierten (Schutzkleidung, Hauben, Mundschutz, Handschuhe, Einmalkittel, Wäsche, Abwurf, Reinigung)?*	iO
	Umgang mit reinem / unreinem Arbeitsraum / Arbeitsmitteln*	iO
	Lagerungshilfsmittel*	iO
	Lagerung der Verbandsmaterialien / Sterilgut*	iO
	Kleidung der Mitarbeiter*	iO
	Gesamteindruck Sauberkeit und Hygiene **	Die Station ist sehr sauber und aufgeräumt.

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
K 1.9 Umgang mit den Medikamenten*	Die Medikamentenschränke sind abschließbar / Lagerung in Medikamentenkühlschränken bei Bedarf.*	iO
	Sachgemäße Lagerung / Aufbewahrung (Beschriftungen nach Anbruchs- und Verfallsdatum mit Jahreszahl* / Entsorgung der Medikamente (und Spritzenbestecke)*	iO
	Kontrollliste Lagergut und Medikamente*	k.B.
	Entsprechen die gestellten Medikamente denen, die der Arzt angeordnet hat (Abgleich Medikamente / Verordnung)?*	k.B.
	BTM – Buch und Aufbewahrung (Vollständigkeit) / Verblisterung / Vier-Augen-Prinzip*	iO
	K 2.2 Wohnraumgestaltung **	Gestaltung der Gemeinschaftsräume**
Gestaltung der Außenbereiche - Balkone / Gehwege / Bepflanzungen**		k.B.
Erscheinungsbild der Flure / Gestaltung der Sitzgelegenheiten / Informationstafeln etc.**		k.B.
Veranstaltungsübersicht**		k.B.
Orientierungshilfen*		iO
K 2.3 Verpflegung *	Aktueller, gut lesbarer Speiseplan im Wohnbereich?*	t.n.z.
K 2.4 Reinigung **	Verkehrsflächen - Fußböden („runde Ecken“, Staub, Begehbarkeit)**	Sehr sauber.
	Gerüche?**	Keine.
	Sanitärbereiche und Funktionsräume**	k.B.
	Sauberkeit und Ordnung in Gemeinschaftsräumen**	k.B.
	Sauberkeit der Umgebung: Fenster, Sonnenschutz / Jalousien **	k.B.
	Sauberkeit Verteilerküchen**	k.B.
U 1.5 Beschaffung und Lagerung		
Diakonisch-Kirchliche Angebote *	Leitbilder gut sichtbar und bewohnerorientiert angebracht?*	k.B.
	Ausstattung der Bewohnerzimmer / Büros mit Neuem Testament (NT)*	iO
	Angebotsübersicht gut sichtbar?*	k.B.
	Bibel / Feiern und Loben / andere Gesangsbücher in allen Wohnbereichen / Einlegeblätter?*	iO
	Liste der Pastoren / Pfarrer*	iO
	Utensilien zur Gestaltung des Abschieds von verstorbenen Bewohnern (*Aussegnungssets) in allen Wohnbereichen?*	k.B.

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
Sonstiges	Namenschilder?	iO
	FeM: Bei Freiheitsentziehenden Maßnahmen: liegt Gerichtsbeschluss vor? (Stichprobe)*	k.B.
	Handzeichenlisten aktuell? (Stichprobe: von der HZ-Liste zum Dienstplan zur Akte - Übereinstimmung?)*	k.B.
	Stufenloser Eingang *	iO
	Aufzüge mit großen, für Rollstuhlfahrer erreichbaren Bedienelementen (Höhe unter 1.20 m)*	iO
	Handläufe, Haltegriffe*	iO
	Behindertengerechtes Bad / Toilette auf allen Etagen*	iO
	Rufanlage in jedem Zimmer vorhanden / Nachtbeleuchtung*	iO
	Rutschfester Fußboden*	iO
	An Pflegefachkraft: Wann erfahren Sie von Aufnahmen? Welche Informationen erhalten Sie aus dem Erstgespräch / der prästationären Sprechstunde / vom Überleitungsbogen? Wer legt die Bezugs- / Bereichspflegefachkraft fest?	k.B.
	Kennen Sie die Ziele Ihrer Einrichtung? Kennen Sie die Ihrer Abteilung für dieses Jahr? Wissen Sie, wo Sie im Moment stehen?	F: Ziele sind bspw., dass Mitarbeiter mit der Notaufnahme rotieren, dass die Fortbildungsmaßnahmen umgesetzt werden, dass die Einarbeitung überdacht wird.
		Dienst- / Tourenplanung - Kap. 4.1.1
	Interne Kommunikation - Kap. 4.1.1	
	Datenschutz - Kap. 4.3 (k113f)	
Gesamtbewertung**		Die Station ist sauber, ordentlich und gut organisiert in alle abgefragten Bereichen.

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

4.1.3 Station 1.2

Datum:	30.03.2017
Begleitpersonen / Leitungen:	Frau Möller, Frau Zöhner

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
F 4.2 Arbeitsschutz*	Hautschutzplan der BGW / Hygieneplan*	iO
	Frage aus F 4.5: Aushang aktueller Hygiene- und Desinfektionspläne? Wird Hautschutz mit in die Hinweise eingeschlossen? Mitarbeitern bekannt?	iO
F 4.3 Brandschutz*	Aushang von Flucht- und Rettungsplänen*	iO
	Sind Fluchtwege / Flure frei begehbar?*	iO
	Sicherheit: Zugang zu gefährlichen Substanzen*	k.B.
F 4.4 Wartungs- und Kontrollsystem*	Kontrolle des Defibrillators / der Sauerstoffflasche des Reanimationswagens* (z.B. Ordner der Medizinprodukte - Wartungs- und Kontrollsystem. Mögliche Nachweise Anzahl, Art, Betriebsanleitungen bzw. Gebrauchsanleitungen)*	k.B.
	Notfallausstattung*	k.B.
	Funktionskontrolle der Medizinprodukte durch die Mitarbeiter des Bereiches*	k.B.
	Beachtung des Datenschutzes*	k.B.
	Überwachung der Kühlschranktemperatur (dokumentiert?)	k.B.
F 4.5 Hygiene**	Ausstattung Pflegewagen* / Arbeitsmittel im ausreichenden Umfang (Handschuhe, Händedesinfektionsmittel etc.) vorhanden?*	iO
	Sauberkeit / Pflege der Rollstühle, Lifter und anderer Hilfsmittel*	iO
	Veröffentlichung von Sicherheitsanweisungen, z.B. Verhalten im Notfall*	iO
	Erforderliche Hygienemaßnahmen bei Isolierten (Schutzkleidung, Hauben, Mundschutz, Handschuhe, Einmalkittel, Wäsche, Abwurf, Reinigung)?*	k.B.
	Umgang mit reinem / unreinem Arbeitsraum / Arbeitsmitteln*	iO
	Lagerungshilfsmittel*	iO
	Lagerung der Verbandsmaterialien / Sterilgut*	k.B.
	Kleidung der Mitarbeiter*	k.B.
Gesamteindruck Sauberkeit und Hygiene **	k.B.	

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
K 1.9 Umgang mit den Medikamenten*	Die Medikamentenschränke sind abschließbar / Lagerung in Medikamentenkühlschränken bei Bedarf.*	iO
	Sachgemäße Lagerung / Aufbewahrung (Beschriftungen nach Anbruchs- und Verfallsdatum mit Jahreszahl* / Entsorgung der Medikamente (und Spritzenbestecke)*	k.B.
	Kontrollliste Lagergut und Medikamente*	k.B.
	Entsprechen die gestellten Medikamente denen, die der Arzt angeordnet hat (Abgleich Medikamente / Verordnung)?*	k.B.
		k.B.
	BTM – Buch und Aufbewahrung (Vollständigkeit) / Verblisterung / Vier-Augen-Prinzip*	k.B.
K 2.2 Wohnraumgestaltung **	Gestaltung der Gemeinschaftsräume**	k.B.
	Gestaltung der Außenbereiche - Balkone / Gehwege / Bepflanzungen**	k.B.
	Erscheinungsbild der Flure / Gestaltung der Sitzgelegenheiten / Informationstafeln etc.**	k.B.
	Veranstaltungsübersicht**	k.B.
	Orientierungshilfen*	iO
K 2.3 Verpflegung *	Aktueller, gut lesbarer Speiseplan im Wohnbereich?*	iO
K 2.4 Reinigung **	Verkehrsflächen - Fußböden („runde Ecken“, Staub, Begehbarkeit)**	k.B.
	Gerüche?*	k.B.
	Sanitärbereiche und Funktionsräume**	k.B.
	Sauberkeit und Ordnung in Gemeinschaftsräumen**	k.B.
	Sauberkeit der Umgebung: Fenster, Sonnenschutz / Jalousien **	k.B.
	Sauberkeit Verteilerküchen**	k.B.
U 1.5 Beschaffung und Lagerung		
Diakonisch-Kirchliche Angebote *	Leitbilder gut sichtbar und bewohnerorientiert angebracht?*	k.B.
	Ausstattung der Bewohnerzimmer / Büros mit Neuem Testament (NT)*	In den gesehenen Zimmern befanden sich Bibeln in den Patientenschränken.
	Angebotsübersicht gut sichtbar?*	k.B.
	Bibel / Feiern und Loben / andere Gesangsbücher in allen Wohnbereichen / Einlegeblätter?*	Im gesehenen Gemeinschaftsraum der Station befand sich kein neues Testament. H: Die Gemeinschaftsräume müssen ebenso wie die Patientenzimmer mit neuen Testamenten ausgerüstet werden.
	Liste der Pastoren / Pfarrer*	k.B.
	Utensilien zur Gestaltung des Abschieds von verstorbenen Bewohnern ('Aussegnungssets') in allen Wohnbereichen?*	k.B.

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
Sonstiges	Namenschilder?	iO
	FeM: Bei Freiheitsentziehenden Maßnahmen: liegt Gerichtsbeschluss vor? (Stichprobe)*	k.B.
	Handzeichenlisten aktuell? (Stichprobe: von der HZ-Liste zum Dienstplan zur Akte - Übereinstimmung?)*	k.B.
	Stufenloser Eingang *	iO
	Aufzüge mit großen, für Rollstuhlfahrer erreichbaren Bedienelementen (Höhe unter 1.20 m)*	iO
	Handläufe, Haltegriffe*	iO
	Behindertengerechtes Bad / Toilette auf allen Etagen*	iO
	Rufanlage in jedem Zimmer vorhanden / Nachtbeleuchtung*	iO
	Rutschfester Fußboden*	iO
	An Pflegefachkraft: Wann erfahren Sie von Aufnahmen? Welche Informationen erhalten Sie aus dem Erstgespräch / der prästationären Sprechstunde / vom Überleitungsbogen? Wer legt die Bezugs- / Bereichspflegefachkraft fest?	k.B.
	Kennen Sie die Ziele Ihrer Einrichtung? Kennen Sie die Ihrer Abteilung für dieses Jahr? Wissen Sie, wo Sie im Moment stehen?	k.B.
	Dienst- / Tourenplanung - Kap. 4.1.1	(Kontinuität der Pflegefachkräfte ersichtlich? Gegeben?)
	Interne Kommunikation - Kap. 4.1.1	
Datenschutz - Kap. 4.3 (k113f)		
Gesamtbewertung**		Von der Ordnung und dem optischen Eindruck erscheint diese Station ordentlich - der Aufenthaltsraum ist neu gestaltet (Flachbildschirm, Stühle, Bücher, Bibeln). Organisatorisch ist alles strukturell gut durchdacht, alle erfragten Bereiche waren umfassend. Die Bemühungen, den alten Zustand der baulichen Gegebenheiten angenehm erscheinen zu lassen, ist zu spüren. Dennoch lassen sich Abnutzungsspuren nicht vollständig verdecken.

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

4.2 Begutachtungen von Patienten

4.2.1 Patient 1

Datum:	30.3.2017	Geb.Datum:	
Name, Vorname:		Bereich / Abteilung:	E 3
Betreuung:		Pflegestufe:	
Derzeitige Situation:	10.3.2017 aus anderem Krankenhaus in gutem Allgemeinzustand aufgenommen, Barthel-Index 75; Entlassungsbarthel 80. Orientiert, mobil - geschwächt durch die Behandlung (Rezidiv Mamma CA - Strahlentherapie). Benötigt Unterstützung bei der Körperpflege. Pflegegrad und ambulante Versorgung sind beantragt.		
Medizinische Diagnosen:	Magenausgangsstenose nach chronischen Ulcera; Zustand nach Mamma-Carcinom		
Aktueller Zustand / Umfeld: k.B.			
Haare:		Ohren:	
Lippen:		Zähne:	
Zunge:		Achseln:	
Finger / Fingernägel		Schulterblätter:	
Bauchnabel:		Hüften:	
Analgegend:		Leistenbereich:	
Fuß/Ferse/Fußnägel:		Zehenzwischenräume:	
Ernährungszustand:		PEG/Sondennahrung:	
Wunden:		Orientierung:	
DK:		IKM:	
Atmosphäre:		Bett (auch: höhenverstellbar)	
Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel		Gerüche:	
Nasszelle / WC:		Mobiliar:	
Zufriedenheit:			
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):		Essen:	Gut angerichtet, ging so - trifft ja nicht alle Geschmäcker.
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):	Zweimal war der Pastor bei uns und hat mit uns gesprochen.	Pflegerische Versorgung:	
Medizinische Versorgung:	(Kannte die Ärztin mit Namen) - fühle mich gut informiert und konnte immer	Therapeutische Anwendungen:	Übt mit mir, Stufen zu steigen. Im (anderen Krankenhaus) hat man ja nichts mit
Sollte etwas verbessert werden?	Das habe ich heute Morgen gesagt: Das nicht einmal in den drei Wochen die Bettwäsche gewechselt wurde, fand ich nicht gut. Einmal hat es bei meiner Mitpatientin am Sonntag einen halben Tag gebraucht, bis der Diensthabe kam - dass nur ein Arzt für das Haus am Sonntag da war, fand ich nicht gut.	Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Das Personal war gut.
Bewertung:			
Sollte etwas verbessert werden?	Die Patientin hatte die Möglichkeit, nach ihrer Behandlung im letzten Jahr zwischen zwei Kliniken zu wählen - das andere hat einen schlechten Ruf, weshalb sie sich für das Bethel-Krankenhaus entschied. Sie kann das Krankenhaus weiterempfehlen.		
Gesamteindruck / Bewertung:	Die Patientin fühlt sich gut versorgt und informiert.		+ / -

4.2.2 Patient 2

Datum:	30.3.2017	Geb.Datum:	
Name, Vorname:		Bereich / Abteilung:	E 3
Betreuung:	Betreuer	Pflegestufe:	
Derzeitige Situation:	Seit dem 9.3.2017 - Ablehnendes Verhalten gegenüber therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen - inzwischen lässt sie die Maßnahmen zu; zur Übernahme desorientiert zum Ort und zur Situation; Unterstützung bei der Körperpflege mit Unterstützung; Sturzgefährdet - geht ohne Unterstützung mit dem Rollator über den Flur; Ernährungsstatus unauffällig (BMI 24); Harninkontinenz - Toilettenstuhl ans Bett.		
Medizinische Diagnosen:	Pneumonie, MRSA im Nasen-/Rachenraum - Sanierung (am 13.3.2017 abgeschlossen);		
Aktueller Zustand / Umfeld: k.B.			
Haare:		Ohren:	
Lippen:		Zähne:	
Zunge:		Achseln:	
Finger / Fingernägel		Schulterblätter:	
Bauchnabel:		Hüften:	
Anagegend:		Leistenbereich:	
Fuß/Ferse/Fußnägel:		Zehenzwischenräume:	
Ernährungszustand:		PEG/Sondennahrung:	
Wunden:		Orientierung:	
DK:		IKM:	
Atmosphäre:		Bett (auch: höhenverstellbar)	Neues Krankbett.
Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel		Gerüche:	
Nasszelle / WC:		Mobiliar:	
Zufriedenheit:			
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Keine Äußerung.	Essen:	Das Essen ist gut.
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des):	Das war mir bei der Wahl des Krankenhauses nicht wichtig. Ich kann mich nicht entsinnen, ob der Pastor bei mir war.	Pflegerische Versorgung:	
Medizinische Versorgung:	Eine Ärztin, eine jüngere - aber ich kann mich an den Namen nicht	Therapeutische Anwendungen:	
Sollte etwas verbessert werden?	Da fällt mir nun gerade gar nichts ein ...	Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Das Personal ist ganz reizend.
Bewertung:			
Sollte etwas verbessert werden?			
Gesamteindruck / Bewertung:	Bei der Versorgung gibt es nichts zu verbessern.	+ / -	

4.2.3 Patient 3

Datum:	30.3.2017		Geb.Datum:	
Name, Vorname:			Bereich / Abteilung:	5.2
Betreuung:			Pflegestufe:	
Derzeitige Situation:	Kam mit der Feuerwehr über die Notaufnahme am 15.3.2017. Benötigt teilweise Unterstützung bei der Körperpflege; kontinent, mobil, selbständig, orientiert, kooperativ. Schmerzen aktuell im Nacken und bei Bewegung des linken Schultergelenkes; Physiotherapie / Novalgin als Basismedikation. Schmerzen werden erfragt - Medikamente helfen kaum.			
Medizinische Diagnosen:	Infekt (pulmonal), Zustand nach Apendektomie, Humor-Einsteifung des linken Schultergelenks.			
Aktueller Zustand / Umfeld: k.B.				
Haare:		Ohren:		Augen:
Lippen:		Zähne:		Zahnfleisch:
Zunge:		Achseln:		Ellenbogen:
Finger / Fingernägel		Schulterblätter:		Brust:
Bauchnabel:		Hüften:		Gluteal / Sakral
Analgegend:		Leistenbereich:		Intimbereich:
Fuß/Ferse/Fußnägel:		Zehenzwischenräume:		Hautzustand:
Ernährungszustand:		PEG/Sondennahrung:		ggf. Ödeme:
Wunden:		Orientierung:		Schmerzen:
DK:		IKM:		
Atmosphäre:		Bett (auch: höhenverstellbar)		Wandschmuck/Bilder
Sauberkeit Zimmer / Nachtschale / Hilfsmittel		Gerüche:		Kleidung:
Nasszelle / WC:		Möbiliar:		
Zufriedenheit:				
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):		Essen:	Das Essen ist eigentlich gut - mittags gut, aber abends knapp. Die Auswahl ist sehr übersichtlich.	
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des)	Kein Interesse.	Pflegerische Versorgung:	Das Personal ist auch gut, ausreichend.	
Medizinische Versorgung:	Ich fühle mich gut von Dr. (Name) und Dr. (Name) betreut.	Therapeutische Anwendungen:	Die Therapeutin ist in Ordnung.	
Sollte etwas verbessert werden?	Ich habe keinen Vorschlag - ist doch kein Geld da.	Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:		
Bewertung:				
Sollte etwas verbessert werden?	Patientin wohnt in Lichterfelde, ihr Mann wurde schon hier behandelt.			
Gesamteindruck / Bewertung:	Die Patientin fühlt sich gut versorgt und wird aus pflegerischer Perspektive gut versorgt. + / -			

4.2.4 Patient 4

Datum:	30.3.2017	Geb.Datum:	
Name, Vorname:		Bereich / Abteilung:	1.3
Betreuung:		Pflegestufe:	
Derzeitige Situation:	7. Post-Op-Tag, wird morgen entlassen; ließ sich sehr gut mobilisieren (bereits ab OP-Tag mobilisierbar, kreislaufstabil), vollständig orientiert und kooperativ; keine Schmerzen - schmerzbarer Verlauf - in Ruhe bei Null, bei Bewegung bei drei - einmal: 5. Basismedikation reichte dann aber aus. Sturzgefahr nur kurz nach der OP, versorgte sich in der Folge dann jedoch selbstständig.		
Medizinische Diagnosen:	Hüft-TEP - Rapid-Recovery, Adipositas (BMI 49)		
Aktueller Zustand / Umfeld: k.B.			
Haare:		Ohren:	
Lippen:		Zähne:	
Zunge:		Achseln:	
Finger / Fingernägel		Schulterblätter:	
Bauchnabel:		Hüften:	
Analgegend:		Leistenbereich:	
Fuß/Ferse/Fußnägel:		Zehenzwischenräume:	
Ernährungszustand:		PEG/Sondennahrung:	
Wunden:		Orientierung:	
DK:		IKM:	
Atmosphäre:		Bett (auch: höhenverstellbar)	Elektrische Betten - sehr gute Ausstattung.
Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel		Gerüche:	
Nasszelle / WC:		Mobiliar:	
Zufriedenheit:			
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):		Essen:	Ich esse nicht alles, aber was ich esse, schmeckt gut.
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des	Nicht wichtig.	Pflegerische Versorgung:	Alle lächeln, das Personal strahlt eine beruhigende Zufriedenheit aus.
Medizinische Versorgung:	Sehr gut - fühle mich gut behandelt und informiert.	Therapeutische Anwendungen:	Sehr zufrieden.
Sollte etwas verbessert werden?	Keine Verbesserungsvorschläge.	Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Angemessen.
Bewertung:			
Sollte etwas verbessert werden?	H: Die Dokumentation der Schmerzen nach Schmerzmittelgabe oder auffälligem Schmerzempfinden muss nach 30 Minuten (i.v.-Gabe) bzw. nach 60 Minuten (orale Applikation) kontrolliert und dokumentiert werden. Die Patientin kam auf Empfehlung in das Krankenhaus und würde es weiterempfehlen. Sie und Ihre Bettnachbarin sind sehr zufrieden. Ihre Bettnachbarin war selbst 35 Jahre Krankenschwester und kann nur Bestes berichten. Die Sauberkeit ist sehr gut.		
Gesamteindruck / Bewertung:	Die Patientin fühlt sich sehr gut betreut und versorgt.	+ / -	

4.2.5 Patient 5

Datum:	30.03.2017		Geb.Datum:		
Name, Vorname:			Bereich / Abteilung:	1.2	
Betreuung:	nein		Pflegestufe:		
Derzeitige Situation:	Seit 20.03.17 im KH. Versorgung bislang für Sozialstation in der häuslichen Umgebung. Geistig orientiert.				
Medizinische Diagnosen:	Verdacht auf Bauchwandabzess. Enterokutane Fistel. Fistel mit unklarem Verhalt. COPD. Arterielle Hypertonie medikamentös eingestellt. Niereninsuffizienz.				
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:	Dünndarmfistel	Orientierung:	iO	Schmerzen:	BTM
DK:	t.n.z.	IKM:	iO		
Atmosphäre:	Funktional.	Bett (auch: höhenverstellbar)	Sauber.	Wandschmuck/Bilder	k.B.
Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel	Sehr sauber.	Gerüche:	Keine.	Kleidung:	Krankenhauswäsche.
Nasszelle / WC:	Sauber.	Möbiliar:	Standard.		
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Bislang nur Fernseher.		Essen:	Mittagessen könnte besser sein. Geschmack. Kartoffeln nicht durchgekocht. Auswahlmöglichkeit besteht.	
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):	Angeboten wurde es. Möchte sie nicht.		Pflegerische Versorgung:	Körperpflege ist gut. Ordentlich. Umsichtig.	
Medizinische Versorgung:	Sehr gut. Der Chef ist grob. Packt grob zu.		Therapeutische Anwendungen:	Sehr gut. MA sind immer freundlich. Es wird viel gesprochen.	
Sollte etwas verbessert werden?	KG bislang noch nicht erhalten.		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Sehr gut. MA sind immer freundlich. Es wird viel gesprochen.	
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?	H: Die Einrichtung muss überprüfen, ob Physiotherapie notwendig ist.				
Gesamteindruck / Bewertung:	Die Patientin war nicht vollständig zufrieden mit ihrer Versorgung. Die Physiotherapieanwendung muss geklärt werden.		+ / -		

4.2.6 Patient 6

Datum:	30.03.2017	Geb.Datum:	
Name, Vorname:		Bereich / Abteilung:	1.2
Betreuung:	nein	Pflegestufe:	
Derzeitige Situation:	27.03.17 Beckenringfraktur nach Sturz. Lebt im Pflegeheim. Mobilisation erfolgt. Mit Unterstützung von 2 MA. Grundpflege selbständig. Toilettengänge mit Unterstützung. Beginnende Demenz in Frage.		
Medizinische Diagnosen:	CT Erfolgt, Harninkontinenz. Trägt Vorlagen teilweise. Vorhofflimmern. Zustand nach Apoplex 2016.		
Aktueller Zustand / Umfeld:			
Haare:		Ohren:	
Lippen:		Zähne:	
Zunge:		Achseln:	
Finger / Fingernägel		Schulterblätter:	
Bauchnabel:		Hüften:	
Analegend:		Leistenbereich:	
Fuß/Ferse/Fußnägel:		Zehenzwischenräume:	
Ernährungszustand:		PEG/Sondennahrung:	
Wunden:		Orientierung:	Orientiert.
DK:		IKM:	
Atmosphäre:		Bett (auch: höhenverstellbar)	Sauber.
Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel		Gerüche:	Keine.
Nasszelle / WC:		Mobiliar:	Standard.
Zufriedenheit:			
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Beschäftigt sich selbst. Zeitungen und Fernseher	Essen:	umfangreiches Essen. Mehr Haferflockenbrei
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des):	Kein Interesse.	Pflegerische Versorgung:	Gut. Kann nichts Negatives sagen.
Medizinische Versorgung:	gut	Therapeutische Anwendungen:	KG habe ich teilgenommen..
Sollte etwas verbessert werden?	Mobilität weiter fördern. Keine grundlegenden Verbesserung. Zimmer etwas klein.	Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Sprechen mich mit Namen an. Kommen schnell wenn ich schelle.
Bewertung:			
Sollte etwas verbessert werden?	Der Patient war nicht rasiert - jedoch selbstbestimmt. Äußert sich verhalten zur Qualität des Zimmers (Selbstzahler).		
Gesamteindruck / Bewertung:	Der Patient wird gut versorgt - aus Sicht des Patienten war die Versorgung lückenhaft. +/-		

4.2.7 Patient 7

Datum:	30.03.2017		Geb.Datum:	
Name, Vorname:			Bereich / Abteilung:	3.2
Betreuung:	nein		Pflegestufe:	
Derzeitige Situation:	Aufnahme am 20.03.17 Geriatrische Reha. Hüft-TEP rechts.			
Medizinische Diagnosen:	Hüft. TEP, Mama CA 2008. Glaukom AT. Dranginkontinez. Arterieller Hypertonus, Vorhofflimmern			
Aktueller Zustand / Umfeld:				
Haare:	Ohren:		Augen:	
Lippen:	Zähne:		Zahnfleisch:	
Zunge:	Achseln:		Ellenbogen:	
Finger / Fingernägel	Schulterblätter:		Brust:	
Bauchnabel:	Hüften:		Gluteal / Sakral	
Analgegend:	Leistenbereich:		Intimbereich:	
Fuß/Ferse/Fußnägel:	Zehenzwischenräume:		Hautzustand:	
Ernährungszustand:	PEG/Sondennahrung:		ggf. Ödeme:	
Wunden:	Orientierung:		Schmerzen:	
DK:	IKM:			
Atmosphäre:	Sehr funktional.	Bett (auch: höhenverstellbar)	Wandschmuck/Bilder	Unattraktiv.
Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel	Gebraucht, abgenutzt.	Gerüche:	Kleidung:	Persönlich.
Nasszelle / WC:		Möbiliar:		
Zufriedenheit:				
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Bin ich auch zufrieden.		Essen:	Schmeckt mir gut. Vielfältig
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des):	Hat sich so ergeben. Bin ich dafür. War mir vertraut		Pflegerische Versorgung:	Teilwäsche. Füße baden. Ich kann nicht klagen.
Medizinische Versorgung:	Auf mich bezogen gut.		Therapeutische Anwendungen:	Bin ich auch mit zufrieden.
Sollte etwas verbessert werden?	Ich hab mir dazu keine Gedanken gemacht. Einzelzimmer wäre wünschenswert.		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Gut. Freundlich. In Ordnung. Wertschätzung.
Bewertung:				
Sollte etwas verbessert werden?	Das Zimmer war sehr unattraktiv - keine elektrischen Betten und ein "abgelebter Eindruck".			
Gesamteindruck / Bewertung:	Die Patientin wird ihren Bedürfnissen entsprechend versorgt.		+ / -	

4.3 Überprüfung der Dokumentation

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

	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	Seesorge (Durchführungsnachweis / Dokumentation)*	Spirituelle Bedürfnisse des BW / Pat. dokumentiert (Anamnese)*	Überleitungsbogen	Leerstelle (zusätzliche Formulare KH / RK)	Ärztliches Verlaufsblatt	Therapeutisches Verlaufsblatt	Befunddokumentation	Vollständigkeit* / Anwendung*	Bewertung der Vollständigkeit und Schriftführung in Schulnoten	
1.	2	2	2	2	2	2	2	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	2	2	2	2	2	2	2	t.n.z.	2	2		2	2	2	2	2	1,0
	Dokumentation und Erläuterungen durch die Pflegefachkraft waren aussagekräftig.																								1,5			
2.	2	2	2	2	2	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.		t.n.z.	t.n.z.	2	t.n.z.	2	2	2	2	2	t.n.z.	2	2		2	2	2	2	2	1,0
	Dokumentation und Erläuterungen durch die Pflegefachkraft waren aussagekräftig.																								2,0			
3.	1	2	2	2	2	2	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	2	2	t.n.z.	2	2	2	2	t.n.z.	t.n.z.	2	2		2	t.n.z.	2	2	2,0	
	Die Dokumentation war in den geprüften Aspekten vollständig und aussagekräftig.																											
4.	2	2	2	2	2	2	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	2	2	2	2	2	2	2	2	t.n.z.	2	2		2	2	2	2	2,0	
	Die Dokumentation war in den geprüften Aspekten vollständig und aussagekräftig.																											

5 Zusammenfassung

Die Interne Revision fand in einer sehr konstruktiven und kollegialen Atmosphäre statt. Die befragten Mitarbeiter traten stets kompetent, engagiert und motiviert auf.

In der Kategorie "**Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung**" lässt sich erkennen, welche Anstrengungen die Einrichtung unternimmt, um das Alter der Einrichtung und dem damit einhergehenden Renovierungsbedarf nachzukommen: Die Fahrstühle wurden renoviert, die Intensivstation und die zentrale Notaufnahme wurde modernisiert und erweitert. In der ganzen Einrichtung wurden die Flure mit frischen Farben versehen, die Lichthöfe im hinteren Gebäude E neu gestaltet.

Jedoch gibt es große Verbesserungspotentiale, die beispielsweise in der Renovierung der Patientenzimmer liegen – hier gibt es kaum Toiletten, die nicht vom Flur aus begehbar sind. Die Unternehmung muss aufpassen, durch andere Einrichtungen nicht abgehängt zu werden. In den Gemeinschaftsräumen könnten mehr Bilder an den Wänden angebracht werden, Schrammen an Türen und Wänden sowie die Ausstattung mit alten Hubbetten sind, wenn renovierte Stationen anderer Krankenhäuser dagegeengehalten werden, gewöhnungsbedürftig.

Der Krankenhausleitung ist der Sachstand bekannt und hat Maßnahmen bereits eingeleitet.

Das **Hygienemanagement** ist gut organisiert. Es gibt zahlreiche Desinfektionsmittelpender mit viruziden Händedesinfektionsmitteln, eine ständige Sensibilisierung aller Mitarbeiter bezüglich der hygienischen Händedesinfektion, eine umfassende Struktur und regelmäßige Audits nach Leitfaden. Das Krankenhaus nimmt am sogenannten Krankenhausinfektionssurveilancesystem teil (KISS) und kann seine Ergebnisse mit denen von rund 1000 anderen deutschen Kliniken vergleichen. Auf diese Weise wird es schnell auf Schwachstellen aufmerksam (**siehe Kapitel 4.1**).

In der Kategorie "**Konzepte und Standards**" lassen sich zahlreiche Stärken feststellen, die im Bethel-Konzern in diesem Umfang einmalig sind: Zahlreiche Themen des Qualitätsmanagementhandbuches (QMH) können im Intranet aufgerufen werden. Beispielsweise können Fehler und Beinahefehler als Dokument aufgerufen, elektronisch ausgefüllt und versandt wer-

den. Sollte das Krankenhausinformationssystem MCC einmal ausfallen, können dort alle notwendigen Formulare aufgerufen und ausgedruckt und die Patientendokumentation papiergestützt fortgesetzt werden, bis der Ausfall behoben ist. Alle Abteilungen stellen hier ihre Jahresziele ein, die alle weiteren Mitarbeiter lesen können, Gefährdungsbeurteilungen sind dort ebenso nachzulesen usw.

Die Inhalte der gesehenen Verfahrensanweisungen waren aussagekräftig, hier wird ebenso auf die Quellen oder auf weiterführende Anhänge verwiesen.

Jedoch gibt es weiterhin zahlreiche Verbesserungspotentiale, von denen einige exemplarisch genannt werden: Das allgemeine QM-Handbuch weist keine Gliederung auf, die sich erkennbar an Vorlagen orientierte – hier beispielsweise an der Strukturierung des Manual „KTQ“.

Formalien, die die Verfahrensanweisungen im Diakoniewerk Bethel ausweisen, werden nur teilweise umgesetzt. Eingabedokumente (Beispiele: MRE-Verfolgung, Speiseplan, Zusatzstoffe, Lebensbedrohlicher Notfall, Diakonieleitbild, Personalentwicklung - Konzept etc.) enthalten nicht durchgängig die Basisdaten des DwB (Bethel-Logo / Wort-Bild-Marke / Erstellungsdaten etc.). Zum Teil sind diese ansatzweise vorhanden (Kontakt bei infektiösem Material). Die Formulare müssen grundsätzlich vereinheitlicht werden und einheitliche Vorlagen müssen für alle, beispielsweise im Intranet, hinterlegt werden. Beispiele, in denen die Formalien gut umgesetzt werden, gibt es auch: "Verhalten bei Bombenalarm" / "Übersicht Notfall Mobilfunktelefone bei Ausfall der hausinternen Rufanlage" / "VA Auffinden einer Person in lebensbedrohlicher Situation" usw.

Diakonisches Profil: Jeder neue Mitarbeiter soll eine Bibel zu Beginn seiner Tätigkeit ausgehändigt bekommen, nicht nur das Heft „Den christlichen Glauben entdecken“. Bei der Zusammenarbeit mit anderen christlichen und nicht-christlichen Religionen muss auch an den Islam gedacht werden. Es gibt jedoch Kontakte zu Imamen und in dem Raum der Stille steht ein Gebetsteppich bereit (**siehe Kapitel 3**).

In der Kategorie "**Pflegerisches / ärztliches / therapeutisches Management**", in der die Umsetzung der in der vorgenannten Kategorie behandelten Konzepte und Standards bewertet wird, lassen sich zahlreiche Stärken feststellen. So werden beispielsweise die Gebrauchsanweisungen von Medizinprodukten im Intranet bereitgestellt. Der Bereich Wartung und Kontrolle erscheint sehr gut organisiert: Die Excelliste, die die Daten der letzten und nächsten

Kontrollen ausweist, verweist auf die Ordner, in denen die papiergestützte Dokumentation hinterlegt wurden. Somit lassen sich die letzten Kontrollen und die ausgefüllten Protokolle zusammenführen und nachvollziehen.

In den Bereichen der Hygiene, des Brandschutzes, der Arbeitssicherheit und Sicherheit finden ebenso regelmäßige und überwiegend leitfadengestützte Audits statt. Allerdings werden Verbesserungspotentiale nicht in einem zentralen Maßnahmenplan dokumentiert, so dass jede Abteilung für sich die Maßnahmenverfolgung vornimmt. Hiermit ist das Risiko verbunden, dass Maßnahmen übersehen werden und das Resultat nicht bekannt ist. Im Bereich der Technik konnte beispielsweise nicht nachvollzogen werden, was mit den bemängelten Pflegebetten, die bei der Begehung vom Juli 2016 festgestellt wurden, geschehen ist.

Das Unternehmen muss einen zentralen Maßnahmenplan einführen, auf den alle Auditoren Zugriff haben, in den sie ihre Verbesserungspotentiale eintragen und Leitungen kontrollieren können, von wem und wann die Maßnahmen durchgeführt bzw. erledigt wurden.

Wartung und Kontrolle: Sehr umfangreich und gut dokumentiert im Bereich der Technik.

Medizinprodukte auf der Intensivstation: Einweisungen finden, so belegen Stichproben, an den jeweiligen Geräten statt. Alle Geräte, die während der Begehung geprüft wurden, werden im Medizinproduktebuch zusammen mit Einweisungen und Gebrauchsanweisungen aufgeführt.

Darüber hinaus wurden in der Einrichtung insgesamt dreizehn QM-Handbücher etabliert (z.B. zur Schmerztherapie, zur Endoprothetik, zur Hygiene, zur Arbeitssicherheit usw.). Hier muss darauf geachtet werden, dass nicht in inhaltlich deckungsgleichen Bereichen sich widersprechende Aussagen gemacht werden. Es sollte geprüft werden, ob die Anzahl der QM-Handbücher reduziert werden kann.

Die Managementbewertung weist wie in den Vorjahren immer noch zahlreiche Verbesserungspotentiale auf. Neben den aussagekräftigen Themen gibt es auch solche Bewertungen und Ziele, die Dritten nicht nachvollziehbar oder verständlich erscheinen.

Bei der Umsetzung des diakonischen Profils gab es wenige Verbesserungspotentiale. In den Dienstzimmern müssen die Mitarbeitenden beispielsweise eine Übersicht der Beratungsstellen anonym einsehen können, zusammen mit denen der Pastoren oder umliegenden Gemeinden (**siehe Kapitel 3**).

Das **Fehlermanagement** muss weiter ausgebaut werden: Fehler müssen in einer offenen Fehlerkultur bearbeitet und Beschwerden (als Rückmeldungen, Lob, Anregungen) von Patienten "erbeten" werden. Die Erhöhung dieser Rückmeldung sollte als Abteilungs- und Mitarbeiterziel im Rahmen der Jahreszielfestlegung und Mitarbeitergespräche mit Zielvereinbarungen verankert werden. Ohne die Rückmeldungen der Patienten bleiben der Einrichtung zahlreiche Verbesserungspotentiale verborgen (**siehe Kapitel 3**).

Die **Ergebnisqualität der Patientenversorgung** ist unverändert sehr gut. Alle befragten Patienten waren zufrieden mit ihrer Versorgung - einige sehr zufrieden und würden das Krankenhaus weiterempfehlen (Beispiel: Teilnehmerinnen am Rapid-Recovery-Programm). In einem Fall wurde seitens des Patienten die mangelnde Mobilisation bemängelt – es muss geklärt werden, ob es sich um einen Fehler handelte und der Patient ggf. über die Notwendigkeit der Nicht-Mobilisierung informiert wurde (**siehe Kapitel 4.2**).

Die **medizinische Dokumentation** war bei allen gesehenen Akten umfassend. Entweder lagen die Einträge elektronisch vor (ärztlicher und pflegerischer Dienst) oder papiergestützt (ärztlicher, pflegerischer, therapeutischer Dienst). Die Handakte war aufgrund der Dokumentationsform sehr schlank – alle während der Dokumentationsvisiten nachgefragten Informationen enthalten.

Teilweise werde Informationen – hier: zur Schmerzbeurteilung – an mehreren Stellen vermerkt. In einem Fall fehlte jedoch die Dokumentation der Nachkontrolle bei Schmerzmittelgabe.

Da die handschriftlichen Vermerke nicht immer gut lesbar waren, sollte die Einrichtung überlegen, ob jegliche Verlaufsdokumentation (Pflegerberichte, ärztliche Visitenberichte, therapeutische Berichte) mittelfristig elektronisch hinterlegt werden können.

Insgesamt konnte sich die Einrichtung gegenüber 2014 zwar in zwei Kategorien verbessern, durch die schlechtere Bewertung im Bereich des „Baulichen, der Wohnlichkeit und Orientierung“ bleibt die Endnote unverändert. Im Einzelnen zeigt sich das Bild wie folgt:

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)		
		15	16	17	15	16	17	15	16	17	15	16	17	15	16	17	15	16	17	15	16	17
KHBE	9.03.-30.03.2017	1-2	1-2	3	1-2	1-2	1-2	2-3	2-3	2-3	2 -	2 -	1-2	1 -	1 -	1 -	1-2	1-2	1 -	1,6	1,6	1,6

* Positive oder negative Vorzeichen weisen auf eine Tendenz hin, fließen aber nicht in die Endbewertung ein. Die Note 1 – 2 wird bspw. als 1,5 gewertet. Die Note der ‚Ergebnisqualität: (Pflege-)Zustand der BW / Pat.‘ wird doppelt gewertet und die Summe aller Noten durch 7 geteilt, um die Endnote zu errechnen. Grau hinterlegte Felder bezeichnen das Jahr, in dem nicht geprüft und die Note des Vorjahres übernommen wurde. Eine interne Revision findet alle drei Jahre ein Jahr vor der Rezertifizierung einer Einrichtung statt.

Wie üblich, wird der Maßnahmenplan im bestehenden GroupWise-Ordner eingestellt, auf den Herr Dietel und Frau Zander Leserecht erhält.

Berlin, 25.08.2017

Andreas Dietel / Henrike Zander

Anhang

Anhang 1 – Interne Revision in Medizin und Pflege, Krankenhaus Bethel

Berlin, 29.03. – 30.03.2017 _____ 45

Anhang 1 – Interne Revision in Medizin und Pflege, Krankenhaus Bethel Berlin (KHBE), 29.03. – 30.03.2017

<p>Allgemeines:</p>	<p>Auditoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frau Möller, SZOE - Herr Dietel, SMG <p>Gesprächspartner: (Haupt-) Geschäftsführer und Vertretungen, Abteilungsleitungen der medizinischen Disziplinen, der Therapeuten, des Pflegedienstes der ausgewählten Stationen usw., Seelsorger, zusätzliche Gesprächspartner nach Absprache (siehe unten).</p> <p>Dauer der Revision: 9.00 – 17.00 Uhr</p> <p>Medien / Vorbereitung: Bitte ein am Netzwerk angeschlossenes Laptop und einen Beamer im Besprechungsraum aufstellen. Das QM-Handbuch muss über Beamer und Laptop während der gesamten Zeit eingesehen werden können. Ggf. muss auch der Einblick in bereits archivierte Unterlagen ermöglicht werden (z.B. Pflegevisiten- / Fallbesprechungsprotokolle, Auditprotokolle).</p> <p>Alle Auditoren werden im Verlauf der Internen Revision eine Stichprobe der Patienten ziehen und diese besuchen und befragen. Die Stichprobe wird aus rund zwölf Patienten und zu Beginn des ersten Tages gezogen.</p>
<p>1. Tag:</p>	<p>Darstellung der Einrichtung anhand der ausgewählten Kriterien des Prüfkataloges und des Maßnahmenplans / Nachweisdokumente</p> <p>9.00 – 9.05 Uhr Auswahl der Stichprobe aus der Gesamtanzahl der Patienten (→ Einverständniserklärungen einholen)</p> <p>9.05 – 9.15 Uhr Gesetzliche Rahmenbedingungen / Aktuelle Themen Gesprächspartner: HG / GF / PDL / QMB / von der Einrichtung ausgewählte CA sowie ggf. weitere Gesprächspartner, die die Einrichtung auswählt. Bitte tragen Sie die Namen der Mitarbeiter und deren Funktion ein, ergänzen ggf. Personen, die Sie gerne bei einem Thema einschließen möchten und geben Sie uns den Plan zum Morgen des ersten Tages zurück bzw. übersenden die Datei an Herrn Dietel.</p> <p>9.15 – 9.45 Uhr Managementbewertung – Erfolge, Verbesserungspotentiale – ausgewählte Themen Unterlagen: Managementbewertung 2016 Gesprächspartner: HG / GF / PDL / QMB / von der Einrichtung ausgewählte CA sowie ggf. weitere Gesprächspartner, die die Einrichtung auswählt. Bitte tragen Sie die Namen der Mitarbeiter und deren Funktion ein, ergänzen ggf. Personen, die Sie gerne bei einem Thema einschließen möchten und geben Sie uns den Plan zum Morgen des ersten Tages zurück bzw. übersenden die Datei an Herrn Dietel.</p> <p>9.50 – 11.25 Uhr Schwerpunktthemen⁵ – Diakonisches Profil inklusive Begehung der Einrichtung zum Diakonischen Profil (ca. 30 Minuten zum Ende dieses Blocks). Unterlagen / Medien: QM-Handbuch im Intranet, Flyer, Protokolle etc. Schwerpunkte: Allgemeines, Kooperationen mit Gemeinden und Hospiz, (anonymes) Beratungsangebot für Patienten, Angehörige und Mitarbeiter, Fortbildungsprogramm, Sonstige Angebote für Patienten, Angehörige und Mitarbeiter, Konzepte und VA zur Begleitung und Versorgung Sterbender.</p>

⁵ Vgl. Qualitätsmanagementbericht des DwB in der aktuellen Form

	<p>Gesprächspartner: HG, PDL, QB, Seelsorger, ggf. Seelsorgehelfer, Mitglieder der Ethikkommission, MAV-Vorsitzende, sowie ggf. weitere von der Einrichtung ausgewählte Gesprächspartner.</p> <p>11.35 – 12.30 Uhr Weitere Schwerpunktthemen Unterlagen / Medien: QM-Handbuch im Intranet, Flyer, Protokolle etc. Schwerpunkte: Fehlermanagement, Risikomanagement, Darstellung der Auditergebnisse (Hygiene, Brandschutz, Arbeitsschutz, Wartung- und Kontrolle der Medizinprodukte und des Gebäudes), Dokumentationsformen aller Berufsgruppen. Gesprächspartner: HG, PDL, QB, Sicherheits-, Brandschutzbeauftragter, Hygienebeauftragte, Medizinproduktebeauftragter sowie ggf. weitere Gesprächspartner</p> <p>12.30 – 13.15 Uhr Mittagspause</p> <p>13.20 – 14.20 Uhr Weitere Schwerpunktthemen Unterlagen / Medien: QM-Handbuch im Intranet, Protokolle, Maßnahmenpläne etc. Schwerpunkte: Fort- und Weiterbildungsmanagement (Zusammenarbeit mit den Ausbildungsstätten: Vermittlung der Nationalen Expertenstandards, Pflegeprozess), Umgang mit Ergebnissen der Mitarbeiterbefragungen, Beschwerdemanagement Gesprächspartner: HG, PDL, QB, Fortbildungsbeauftragter, Praxisanleiter und Auszubildender/-e sowie ggf. weitere Gesprächspartner.</p> <p>14.30 – 16.15 Uhr Führung durch die Einrichtung Schwerpunkte: Abteilungen – Notaufnahme, Aufnahme / Sozialdienst, Intensivstation, OP-Abteilung und weitere Räumlichkeiten, Wegeleitsystem, Abteilungs- / Unternehmensziele Gesprächspartner: auf den Abteilungen</p> <p>16.20 – 16.45 Uhr Auditorenzeit: Abstimmung / Durchsicht von Nachweisen, des Maßnahmenplans mit stichprobenartiger Kontrolle der Umsetzungen der Empfehlungen / Hinweise des letzten Visitationsberichtes</p> <p>16.50 – 17.00 Uhr Zwischenergebnis Tag 1</p>
<p>2. Tag</p>	<p>Inaugenscheinnahme und Befragung ausgewählter Patienten / Dokumentationsvisite auf den Stationen / Nachweisdokumente / Begehungen</p> <p>9.00 – 9.15 Uhr Klärung von Fragen / Ausblick auf den Tag Gesprächspartner: HG / GF / PDL / QMB und ggf. weitere Gesprächspartner</p> <p>9.20 – 12.00 Uhr Besuch und Inaugenscheinnahme ausgewählter Patienten (→ Einverständniserklärung)</p> <p>12.05 – 12.25 Uhr Auditorenzeit: Abstimmung / Durchsicht von Nachweisen usw.</p> <p>12.30 – 13.15 Uhr Mittagspause</p> <p>13.20 – 15.00 Uhr Dokumentationsvisite auf ausgewählten Stationen (Notaufnahme / Intensivstation, Überleitung, zwei übernehmende internistische Stationen) / Abteilungen (Therapeuten, Tagesklinik, Technik)</p>

Schwerpunkte - Dokumentation - Risikoerfassung, Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen

Gesprächspartner: auf den Stationen und Abteilungen

15.15 – 16.00 Uhr

Begehung von zwei Stationen

Schwerpunkte: Dienstplanung, Medikamentenmanagement, Hygiene, Teambesprechungen / Protokolle, Reinigungsleistungen, regelmäßige Kontrollen / Medizinproduktmanagement, Umsetzung / Teilnahme an den Fortbildungen, Brandschutz, Arbeitsschutz, Begleitung neuer Mitarbeiter etc.

Gesprächspartner: auf den beiden Stationen: ärztliche / pflegerische Mitarbeiter.

16.10 – 16.45 Uhr

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

16.50 – 17.00 Uhr

Abschlussbesprechung mit allen Teilnehmern und Interessierten / Rückmeldung an die Auditoren

A. Dietel

Geschäftsbericht Produkte