

Scheve Management
Referat Produkte

Seniorenzentrum Bethel Bad Oeynhausen:
Interne Revision in Medizin und Pflege
vom 07.02.2011 (Teilrevision),
Zertifizierungsaudit vom 06.06. – 07.06.2011

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

Bericht im Auftrag des Gesellschafters

Auditoren:

Andreas Dietel, Monika Welti



NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Inhalt

1	Einleitung	1
1.1	Methodik der Internen Revision in Medizin und Pflege des Diakoniewerkes Bethel.....	1
1.1.1	<i>Die Interne Revision in Medizin und Pflege als Instrument der Qualitätssicherung und -entwicklung</i>	1
1.1.2	<i>Der nächste Schritt: die Überprüfung der Qualitätsmanagementsysteme durch externe Gutachter und die Zertifizierung der Einrichtungen</i>	2
1.1.3	<i>Ausblick</i>	2
1.2	Kriterienauswahl.....	3
2	Allgemeine Angaben zur Einrichtung	5
3	Prüfkatalog Diakonie-Siegel Pflege, Version 2	8
3.1	Führungsprozesse	8
3.1.1	<i>Führung, Politik und Strategie</i>	8
4	Begutachtungen	13
4.1	Begutachtungen von Wohnbereichen	13
4.1.1	<i>Wohnbereich Kleeblatt</i>	13
4.1.2	<i>Wohnbereich Rosenallee</i>	17
4.2	Begutachtung von Bewohnern	23
4.2.1	<i>Bewohner 1</i>	23
4.2.2	<i>Bewohner 2</i>	24
4.2.3	<i>Bewohner 3</i>	25
4.2.4	<i>Bewohner 4</i>	26
4.2.5	<i>Bewohner 5</i>	27
4.2.6	<i>Bewohner 6</i>	28
4.2.7	<i>Bewohner 7</i>	29
4.3	Überprüfung der Dokumentation	30
5	Zusammenfassung	32
5.1	Rezertifizierungsaudit vom 6.6. – 7.6.2011	33

Anhang 36

Abkürzungsverzeichnis

A	PDCA - Act-Schritt (Anpassung der Maßnahmen bei Zielabweichungen)
A	Abweichung – das Qualitätsmanagementsystem entspricht an dieser Stelle nicht den Anforderungen. Abweichung muss zeitnah bzw. nach Absprache zur nächsten Revision behoben werden.
ACH	Abdominal-Chirurgie
ÄD	Ärztlicher Direktor
ADM	Antidekubitusmatratze
AG	Arbeitsgruppe
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
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
C	PDCA - Check-Schritt (Überprüfung der Zielerreichung)
CIRS	„Critical Incidence Reporting System“ – ein anonymes Meldesystem über Beinahe-Unfälle
D	PDCA - Do-Schritt (Durchführung)
DA	Dienstanweisung
div.	Diverses
DK	Dauerkatheter
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DS-Pflege od. DSP	Diakonie-Siegel Pflege
DSWE	Diakoniestation Bethel Welzheim
DwB	Diakoniewerk Bethel
E	Empfehlung – ‚sollte‘ zur nächsten Revision umgesetzt werden bzw. begründet durch andere Maßnahmen ersetzt werden. Ohne begründete Nichtumsetzung bzw. wenn die begründete Nichtumsetzung nicht nachvollziehbar ist, wird aus der Empfehlung zur nächsten Revision ein ‚Hinweis‘ (= muss umgesetzt werden)
F	Feststellung – Sachstand nach Bewertung des Qualitätsmanagementhandbuchs 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
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
Ltg.	Leitung (Gruppenleitung, Abteilungsleitung etc.)
MA SD	Mitarbeiter Sozialdienst
MCC	Elektronisches Krankenhausinformationssystem der Fa. Meierhofer
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
Med. GF	Medizinischer Geschäftsführer
MRSA	„Methicillin-resistent Staphylococcus aureus“
N	Nachweis
NES	Nationale Expertenstandards des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)
NT	Neues Testament
ORIS	???
P	PDCA - Plan-Schritt
Pat.	Patient
PDCA-Zyklus	‚Plan-Do-Check-Act‘-Zyklus, steht für die Planungsschritte (Plan), Durchführungsschritte (Do), Überprüfungs- (Check) und Anpassungsschritte (Act) innerhalb eines Gesamtprozesses
PDFR	Diakoniestation Bethel Friedrichshain
PDL	Pflegedienstleitung
PDLI	Pflegedienst Bethel Lichterfelde
PDOE	Pflegedienst Bethel Bad Oeynhausen
PEG	Perkutane endoskopische Gastrostomie
QB	Qualitätsmanagementbeauftragte
QM	Qualitätsmanagement
QMH	Qualitätsmanagementhandbuch
RAI	Resident Assessment Instrument – Bewertungsinstrument mit 24 Qualitätsindikatoren, das einmal im Quartal für jeden Bewohner ausgefüllt und von einer

	das Berliner Modellprojekt begleitenden Firma (Arbuma) ausgewertet wird. Die Auswertungen werden allen teilnehmenden Einrichtungen zugeschickt, sodass diese ihren Leistungsstand mit dem der anderen vergleichen können.
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
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 15 Einrichtungen ein hohes Qualitätsniveau zu sichern.

Anlassbezogen nehmen die Revisionen 2 – 3 Tage in Anspruch. Sie werden durch zwei Auditoren des Geschafters durchgeführt. Die Revisionen beinhalten die Begehung der Einrichtung, die Visitation von Bewohnern und Patienten¹, die Begutachtung der Bewohner-/Patientenakte² sowie des Qualitätsmanagementhandbuchs und seiner Regelungen. Die Ergebnisse werden abschließend von den Auditoren vorgestellt und anschließend in Form des vorliegenden Berichtes an die Führungskräfte der Einrichtungen versandt.

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

Während im ersten Halbjahr die Revisionen der 15 Einrichtungen durchgeführt werden, stehen im zweiten Halbjahr die Ergebnisse auf der Agenda des DwB. Auf den Konferenzen der Führungskräfte aller Einrichtungen werden die Ergebnisse verglichen, diskutiert und Maßnahmen / Planungen für das darauf folgende Jahr vorge-

¹ Die Verwendung der männlichen Form wurde ausschließlich wegen der besseren Lesbarkeit gewählt – die weibliche Form wird immer mitgedacht.

² Bewohner / Patienten und deren Akten werden ausschließlich mit deren Einverständnis visitiert und begutachtet.

stellt. Die Ergebnisse des Vorjahres stellen die Basis für die jeweils nächste Revision dar.

1.1.2 Der nächste Schritt: die Überprüfung der Qualitätsmanagementsysteme durch externe Gutachter und die Zertifizierung der Einrichtungen

Nachdem die Einrichtungen ihre Qualitätsmanagementsysteme aufgebaut und etabliert hatten, beschloss der Gesellschafter die Überprüfung und Zertifizierung durch externe Gutachter.

Für das Krankenhaus Bethel Berlin und die beiden Geriatrischen Rehabilitationskliniken in Trossingen und Welzheim entschied sich der Gesellschafter für die Zertifizierung nach KTQ® (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen), für die Seniorenzentren und Diakoniestationen des DwB nach DSP (Diakoniesiegel Pflege®). Bis Ende 2009 sind, bis auf eine Ausnahme, alle Einrichtungen zertifiziert worden, in den Jahren 2010 bis 2012 stellen sich die Einrichtungen ihrer Rezertifizierung.

1.1.3 Ausblick

Qualität ist nicht nur ein Thema des DwB und seiner Einrichtungen. Die Veröffentlichungen der Auswertungen der Berichte des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (im Folgenden: MDK) Ende 2007 durch seinen Spitzenverband haben den Bedarf nach Transparenz im Umgang mit qualitätsrelevanten Daten und Vergleichsmöglichkeiten für Interessenten deutlich werden lassen. Der Anforderung nach Transparenz und Vergleichbarkeit ist nun auch der Gesetzgeber im Rahmen des neuen 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 im vollen Umfang 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).

Eine Ausnahme bildet die sog. eintägige Teilrevision, die bei allen Einrichtungen durchgeführt wird, die später im Jahr nach KTQ oder DSP zertifiziert werden. Hierbei wird die Ergebnisbewertung vorgezogen, da Strukturen und Prozesse insbesondere während der später im Jahr folgenden Zertifizierung nach KTQ / DSP themati-

siert und bewertet werden. Dabei finden sich in vier der sechs eingangs erwähnten Kategorien die Ergebnisse in Form von Schulnoten wieder (siehe Kapitel 5).

Im folgenden Kapitel werden die Strukturdaten der Einrichtungen dargestellt.

2 Allgemeine Angaben zur Einrichtung

Datum der Prüfung	am: 07.02.2011, 06.06.2011 und 07.06.2011
Uhrzeit / Thema der Revisionstage	
1. Tag:	von: 09.00 bis: 16.00 Uhr
2. Tag:	von: 09.00 bis: 16.00 Uhr
3. Tag:	von: 09.00 bis: 16.00 Uhr
Anwesende Personen:	
Auditorengruppe:	
1. Herr Dietel, DMBE	
2. Frau Welti, SZFR	
Gesprächspartner der Einrichtung:	
1. Herr Knollmann, HGF	6. Herr Detert, WBL
2. Frau Möller, GF / PDL	7. Herr Wunderlich, TDLTG
3. Frau Rösch, stellv. PDL	8. Herr Seeberger, HKLTG
4. Frau Heinemann, QMB	9. Frau Pietsch, stellv. HWLTG
5. Frau Fuchs, WBL	10. Frau Riesner, stellv. HWLTG Mitarbeiter aus den Abteilungen
Wann wurde die Einrichtung zuletzt von anderen Qualitätsprüfungsinstitutionen besucht	
Begutachtung zur Systemförderung DIN EN ISO 9001:2008 u. Diakonie Siegel im Juni 2010	
Begutachtung durch die BIVA (Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung e.V.) im Juli 2010	
Name und Träger der Einrichtung sowie verantwortliche Personen mit Angabe der Qualifikationen:	
Name der Einrichtung:	Seniorenzentrum Bethel Bad Oeynhausen
Gesellschafter:	Diakoniewerk Bethel e.V.
Geschäftsführer:	Joachim Knollmann
PDL:	Cornelia Möller
Stv. PDL:	Beatrice Rösch
QMB:	Inken Heinemann
Seit wann besteht die Einrichtung?	
seit 1977	

Welche Zusatzleistungen / Spezialisierungen werden von der Einrichtung angeboten?
Keine.

Art der Einrichtung und Versorgungssituation
 Bettenanzahl: 187, davon 16 eingestreute Kurzzeitpflegeplätze
 Aktuelle Belegung: 165 Plätze
 Auslastung in %: 88,24%

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

		Jan 11
a.	Beatmungspflichtige Patienten	0
b.	Blasendauerkatheter	28
d.	Dekubitus	0
c.	eingeschränkte Mobilität	47
e.	Freiheitseinschränkende Maßnahmen	36
f.	Immobilität	22
g.	Kontrakturen	45
h.	MRSA	2
i.	PEG-Sonde	10
j.	Tracheostoma	0
k.	Wachkoma	0

Struktur der Wohn- und Pflegebereiche / Stationen

Wohnbereich / Stat.	geht über Ebenen		Anzahl Wohnplätze				davon nach SGB XI eingestuft in Pflegestufe					Härtefälle	nicht eingestuft
	1	>1	1	2	3	>3	Belegung / Versorgung Gesamt	0	I	II	III		
Kleeblattallee	x		7	17			3	12	13	5			
Sonnenblumenallee	x		7	17			1	11	11	8			
Rosenallee	x		7	17			0	8	14	14			
Enzianpark		x	50	12			17	31	15	1			
Gesamt:				134			164	21	62	53	28	0	0

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

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

Zusammensetzung Pflegepersonal (MDK 3.8)

Qualifikationen	Vollzeit		Teilzeit		Gesamt-	Geringf. Beschäftigte	
	Anzahl MA	Stunden	Anzahl MA	Stunden		Anzahl MA	Stunden
Krankenschwestern	6,00	240,00	0,50	20,00	260,00	0,33	13,20
Altenpfleger/-innen	15,00	600,00	2,50	100,00	700,00	0,66	26,40
Pflegehilfskräfte ohne	9,00	360,00	7,90	316,00	676,00	3,66	48,31
Pflegehilfskräfte mit	3,00	120,00	1,75	70,00	190,00	0,00	0,00
Auszubildende	6,00	240,00	0,00	0,00	240,00	0,00	0,00
Gesamt:	39,00	1560,00	12,65	506,00	2066,00	4,65	87,91

3 Prüfkatalog Diakonie-Siegel Pflege, Version 2³

Im Folgenden werden alle Regelungen dargestellt, die während der Teilrevision und des Zertifizierungsaudits thematisiert wurden. Alle nicht behandelten Regelungen werden ausgenommen.

3.1 Führungsprozesse

3.1.1 Führung, Politik und Strategie

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 1.6 Kooperationen	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Beispiel Apothekenkooperation: Bewertungen werden von allen examinieren Mitarbeitern sowie der PDL vorgenommen. In der Matrix zur Verfahrensanweisung werden regelmäßige Maßnahmen festgelegt.	H: Es muss aus der Regelung hervorgehen, wer was und wann macht.

3.1.2 Personal

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.2.1 Dienst- und Tourenplanung (V3), F 2.2.1M06 Dienstplanerstellung_ATOSS	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Mit dem elektronischen Dienstplanprogramm ATOSS sind noch nicht alle Anwender zufrieden. Verbesserungsvorschläge sind dem Projektleiter zugeschickt worden (z.B. Besetzung der Schichten, Anzeige der einzelnen Berufsgruppen, die in den Schichten anwesend sind). Fortbildungen (intern) können nicht ausgewertet und z.B. pro Woche / Monat / Jahr im Programm dargestellt werden.	E: Mit dem Projektleiter sollten die Anforderungen an das Programm, die noch nicht umgesetzt wurden, regelmäßig kommuniziert werden.
F: Der Dienstplan wird für 30 Jahre archiviert.	

³ © Diakonie-Siegel Pflege Auditcheckliste Version 2. Alle Rechte vorbehalten. DQE.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.2.2. Urlaubsplanung und Abwesenheitszeiten (V4) - geteilte Regelungen	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Einrichtung hat zwei Regelungen für eine Anforderung erstellt.	H: Konvention: Pro Anforderung eine Regelung - die Konvention muss beachtet werden, damit die QM-Handbücher der Bethel-Einrichtungen nicht 'auseinander laufen'.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.3.4 Fort- und Weiterbildung (V7)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die PDL und die QMB zusammen nehmen die Funktion der Fortbildungsbeauftragten wahr.	
F: Im Rahmen der Kennzahlen werden die Schulungsstunden pro Jahr einrichtungswert ausgewertet.	E: Ein Budget, dass sich beispielsweise aus den Durchschnittswerten der letzten Jahre ergibt, wird nicht als Richtschnur herangezogen. Das Budget wird jeweils retrospektiv errechnet (--> Kennzahlensystem).

3.1.3 Sicherheit

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 4.3 Brandschutz (V0)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Regelung ist von 2007.	H: Jede Regelung muss im Rahmen des Systemaudits überprüft und ggf. aktualisiert werden, auch wenn sie als 'umfassend' gilt. In jedem Fall müssen das Datum der letzten Überprüfung sowie die Versionsnummer angegeben werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 4.5 Hygiene (V2), F 4.5M02 Geschäftsordnung Hygienekommission, F 4.5M01 Hygieneplan	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Zehn Mitarbeiter wurden von einer externen Hygienefachkraft in zweitägigen Schulungen zu Hygienebeauftragten qualifiziert.	
F: Die Einrichtung wird regelmäßig durch die externe Hygienefachkraft begangen. Das Protokoll zur internen Hygienebegehung wird zur Zeit noch überarbeitet. Abklatschtests und Trinkwasserproben werden regelmäßig erstellt. N: 27.5.2010 - Hygienebegehung durch die externe Hygienefachkraft; 13.4.11 Protokoll Hygienebegehung interne Hygienebeauftragte, Apartmentbereich; Laborberichte 2009 und 2010	E: Die Toleranzgrenze der Keimzahl sollte das Labor im Bericht angeben. Die Einrichtung sollte sich diesbezüglich mit dem Labor verständigen.

3.2 Kernprozesse

3.2.1 Pflege

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.5 Pflegeprozess, Pflegeplanung (V4)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Pflegeberichte in Bewohnerakten überprüft. Die Dokumentation war sehr ausführlich. Teilweise wird das Schreiben des Pflegeberichtes als Übung im Umgang mit der elektronischen Dokumentation betrachtet.	
F: Rezertifizierung: Die Pflegephänomene werden einrichtungswelt in das Schema der LA eingeordnet, so dass bereits die Grundlage zur Einführung einer einheitlichen Taxonomie gelegt wurden.	
F: Die Auswertung der Pflegevisiten von 2010 ergab, dass 40% der Pflegeplanungen noch nicht konkret genug sind. Die Einrichtung arbeitet permanent an der Verbesserung der Dokumentation.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.7 Pflegestandards , K 1.7M1.15 Pflegestandard Ernährung (V1), K 1.7M2.2a Pflegestandard Pflege bei chronischen Wunden (V1), K 1.7M2.2b Pflegestandard Wundversorgung (V5), K 1.7M3.2a Pflegestandard Sturzprophylaxe, Maßnahmen nach Sturz (V8)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Einige Themen der Nationalen Expertenstandards (NES) - z.B. Sturzprophylaxe in der Pflege - sind noch nicht als 'Expertenstandards' ausgearbeitet (vgl. Bethelkonventionen).	H: Themen der NES müssen vom 'herkömmlichen' Standard in das Format der NES überführt werden, wobei die Bethelkonventionen sowie die des DNQP zu beachten sind: Beispielsweise werden ausschließlich die Prozesskriterien einrichtungsspezifisch ausgeführt, wobei die allgemeinen Textvorlagen - Themen wie 'Einschätzung', Beratung usw. - inhaltlich beschrieben werden.
F: In den gesehenen Expertenstandards (NES zu chronischen Wunden und der oralen Ernährung) wurden Struktur- und Ergebniskriterien ergänzt oder verändert. In den Prozesskriterien wiederholen sich Hinweise bzw. wurden die Ausführungen falschen Kriterienebenen zugeordnet.	H: Alle Vorlagen der NES müssen pro Kriteriumsebene erstellt werden. Erläuterungen zum Standard geben Hinweise zur inhaltlichen Ausgestaltung, die beachtet werden müssen.
F: Der Umfang der gesehenen Nationalen Expertenstandards übersteigt den zulässigen (--> vgl. Bethelkonvention).	H: Die NES sollen einen schnellen Einblick in die Abläufe der Einrichtung gewährleisten. Längere Abhandlungen, die häufig als Schulungsunterlagen zur Ausführung der NES geeignet sind, müssen als Anlagen beigefügt und in den Prozessbeschreibungen auf diese verwiesen werden.
F: Der Expertenstandard zum Schmerzmanagement in der Pflege wird im nachgefragten Fall umgesetzt: Unterschieden wird zwischen chronischen und akuten bzw. tumorbedingten Schmerzen und der Bekanntheit der beobachteten / vom Bewohner subjektiv eingeschätzten Schmerzstärke. F: Der Expertenstandard zur Sturzprophylaxe in der Pflege wird in den nachgesehenen Fällen umgesetzt. Sturzprotokolle wurden eingesehen - Stürze sind gut beschrieben. Die Prophylaxe bzw. das Phänomen werden in der LA 'Sichere Umgebung' dokumentiert und geplant. Die Evaluation fand statt, Maßnahmen wurden im gesehenen Fall abgesetzt, nachdem das Risiko nicht mehr bestand.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.13 Verhalten in Notfallsituationen (V5), Liste der Ersthelfer (V3)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Notfälle werden nicht systematisch ausgewertet. Rückmeldungen von Notärzten (z.B. zur schnellen Einweisung des Notarztes vor Ort) liegen mündlich vor.	H: Notfälle müssen regelmäßig ausgewertet werden.

3.2.2 Beratung und Betreuung

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 3.2 Soziales Betreuungskonzept (V2), K 3.2M2.3 Ergotherapeutischer Standard_Wahrnehmungsförderung olf u gust. (V1), K 3.2M2.8 Ergotherapeutischer Standard_Validation (V1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Konzepte der Sozialen Betreuung - umgesetzt durch Ergotherapeuten - sind umfassend. Standards, die die Handlungsgrundlage der Ergotherapeuten darstellen, wurden verfasst und liegen vor. Quellenangaben wurden teilweise verzeichnet.	H: In den Standards müssen die Quellen angegeben werden (vgl. Bethelkonvention).

4 Begutachtungen

4.1 Begutachtungen von Wohnbereichen⁴

4.1.1 Wohnbereich Kleeblatt

Datum:	07.02.2011
Begleitpersonen / Leitungen:	Fr. Fuchs, Fr. Möller, Fr. Heinemann, Fr. Welti?, Hr. 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 Nacheise Anzahl, Art, Betriebsanleitungen bzw. Gebrauchsanleitungen)*	
	Notfallausstattung*	iO - einmal im Quartal werden die Inhalte des Notfalkoffers überprüft.
	Funktionskontrolle der Medizinprodukte durch die Mitarbeiter des Bereiches*	iO
	Beachtung des Datenschutzes*	iO
	Überwachung der Kühlschranktemperatur (dokumentiert?)	iO
F 4.5 Hygiene**	Ausstattung Pflegewagen* / Arbeitsmittel im ausreichenden Umfang (Handschuhe, Händedesinfektionsmittel etc.) vorhanden?*	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)?*	Wohnbereich Sonnenblumen: Pflegewagen befand sich vor der Tür zum Bewohnerzimmer.
	Umgang mit reinem / unreinem Arbeitsraum / Arbeitsmitteln*	iO

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

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
F 4.5 Hygiene**	Lagerungshilfsmittel*	iO
	Lagerung der Verbandsmaterialien / Sterilgut*	iO
	Kleidung der Mitarbeiter*	iO
	Gesamteindruck Sauberkeit und Hygiene **	Der Wohnbereich ist sehr sauber und die Gerüche dank Duftspendern angenehm.
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*	iO
	Entsprechen die gestellten Medikamente denen, die der Arzt angeordnet hat (Abgleich Med. / Verordnung)?*	iO
	BTM – Buch und Aufbewahrung (Vollständigkeit) / Verblisterung / Vier-Augen-Prinzip*	iO
K 2.2 Wohnraumgestaltung **	Gestaltung der Gemeinschaftsräume**	Nüchtern - jedoch mit frischen Farben und wenig Abnutzungsspuren.
	Gestaltung der Außenbereiche - Balkone / Gehwege / Bepflanzungen**	Zum Teil detailreich, aber nüchtern und funktional.
	Erscheinungsbild der Flure / Gestaltung der Sitzgelegenheiten / Informationstafeln etc.**	Aufgrund der Brandschutzbegehung mussten einige wohnliche Elemente entfernt werden (z.B. antike Möbel), für die nun nach Ersatz gesucht wird. Die durch brandunempfindliche Möbel' ausgestrahlte Wohnlichkeit ist im Vergleich zu 'gemütlichen Möbeln' eingeschränkt.
	Veranstaltungsübersicht**	iO - es gibt eine Gesamtübersicht - für die Tage wird jedoch noch einmal aktuell eine Ankündigung ausgehängt.
	Orientierungshilfen*	iO
K 2.3 Verpflegung *	Aktueller, gut lesbarer Speiseplan im Wohnbereich?*	iO
K 2.4 Reinigung **	Verkehrsflächen - Fußböden („runde Ecken', Staub, Begehrbarkeit)**	Die Verkehrsflächen sind sehr gut gepflegt.
	Gerüche?*	Keine - aufgrund der vielen Duftspender herrschen stets angenehme Grüche auch auf den anderen Bereichen.
	Sanitärbereiche und Funktionsräume**	Sehr sauber - aber sehr nüchtern (voll geflieste Böden und Wände).
	Sauberkeit und Ordnung in Gemeinschaftsräumen**	Sehr sauber.
	Sauberkeit der Umgebung: Fenster, Sonnenschutz / Jalousien **	Sehr sauber - etwas Staub auf den Lichteisten in den Bewohnerzimmern.
	Sauberkeit Verteilerküchen**	Sehr sauber.
U 1.5 Beschaffung und Lagerung		

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
Diakonisch-Kirchliche Angebote *	Leitbilder gut sichtbar und bewohnerorientiert angebracht?*	iO
	Ausstattung der Bewohnerzimmer mit Neuem Testament (NT)*	iO
	Angebotsübersicht gut sichtbar?*	iO
	Bibel / Feiern und Loben / andere Gesangsbücher in allen Wohnbereichen / Einlegeblätter?*	iO
	Liste der Pastoren / Pfarrer*	iO
	Utensilien zur Gestaltung des Abschieds von verstorbenen Bewohnern ('Aussegnungssets') in allen Wohnbereichen?*	iO
Sonstiges	Namensschilder?	iO
	FeM: Bei Freiheitsentziehenden Maßnahmen: liegt Gerichtsbeschluss vor? (Stichprobe)*	iO
	Handzeichenlisten aktuell? (Stichprobe: von der HZ-Liste zum Dienstplan zur Akte - Übereinstimmung?)*	iO
	Stufenloser Eingang *	iO
	Aufzüge mit großen, für Rollstuhlfahrer erreichbaren Bedienelementen (Höhe unter 1.20 m)*	iO
	Handläufe, Haltegriffe*	iO
	Behindertengerechtes Bad / Toilette auf allen Etagen*	iO
	Rufanlage in jedem Zimmer vorhanden / Nachtbeleuchtung*	iO
	Rutschfester Fußboden*	iO
	An Pflegefachkraft: Wann erfahren Sie von Aufnahmen? Welche Informationen erhalten Sie aus dem Erstgespräch / der prästationären Sprechstunde / vom Überleitungsbogen? Wer legt die Bezugs- / Bereichspflegefachkraft fest?	Sobald die Informationen vorliegen, erfährt die Pflegefachkraft von der Aufnahme.
Kennen Sie die Ziele Ihrer Einrichtung? Kennen Sie die Ihrer Abteilung für dieses Jahr? Wissen Sie, wo Sie im Moment stehen?	Die Ziele der Einrichtung hängen auf den Wohnbereichen aus.	
	Dienst- / Tourenplanung - Kap. 4.1.1	Die Kontinuität ist gegeben - in den Bewohnerzimmern hängen die Namen der zuständigen Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte sowie deren Vertretungen aus.
	Interne Kommunikation - Kap. 4.1.1	
	Datenschutz - Kap. 4.3 (k113f)	
Gesamtbewertung**		Der Bereich wird sehr gut geführt, ist sehr sauber und angenehm. Alle Räume sind funktional, alle nachgefragten Unterlagen konnten vorgelegt werden.

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 Wohnbereich Rosenallee

Datum:	07.02.2011
Begleitpersonen / Leitungen:	Fr. Fuchs, Fr. Möller, Fr. Heinemann, Fr. Welti, Hr. 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)*	iO
	Notfallausstattung*	iO
	Funktionskontrolle der Medizinprodukte durch die Mitarbeiter des Bereiches*	iO
	Beachtung des Datenschutzes*	iO
	Überwachung der Kühlschranktemperatur (dokumentiert?)	iO
F 4.5 Hygiene**	Ausstattung Pflegewagen* / Arbeitsmittel im ausreichenden Umfang (Handschuhe, Händedesinfektionsmittel etc.) vorhanden?*	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 **	Der Bereich erschien sehr sauber aufgrund sehr guter Reinigungsleistungen.	

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*	iO
	Entsprechen die gestellten Medikamente denen, die der Arzt angeordnet hat (Abgleich Med. / Verordnung)?*	Die Medikamente werden verblistert - der Name der Generika steht auf dem Blister, jedoch hat der Arzt den Markennamen auf dem Verordnungsblatt eingetragen. Die Einrichtung sollte eine Lösung mit dem verordnenden Arzt anstreben, da der MDK die Diskrepanz zwischen Generika-Bezeichnungen und Verordnungen der Ärzte nicht akzeptiert (auch wenn beide deckungsgleich sind).
	BTM – Buch und Aufbewahrung (Vollständigkeit) / Verblisterung / Vier-Augen-Prinzip*	iO
K 2.2 Wohnraumgestaltung **	Gestaltung der Gemeinschaftsräume**	Wohnlich.
	Gestaltung der Außenbereiche - Balkone / Gehwege / Bepflanzungen**	Sachlich, funktional.
	Erscheinungsbild der Flure / Gestaltung der Sitzgelegenheiten / Informationstafeln etc.**	Die Einrichtung bemüht sich um wohnliche Gestaltung.
	Veranstaltungsübersicht**	Groß, rollstuhlgerecht.
	Orientierungshilfen*	iO
K 2.3 Verpflegung *	Aktueller, gut lesbarer Speiseplan im Wohnbereich?*	iO - Zusatzstoffe und Kalorien pro Mahlzeit werden ausgewiesen.
K 2.4 Reinigung **	Verkehrsflächen - Fußböden („runde Ecken“, Staub, Begehbarkeit)**	Sehr sauber.
	Gerüche?*	Sehr sauber.
	Sanitärbereiche und Funktionsräume**	Sehr sauber.
	Sauberkeit und Ordnung in Gemeinschaftsräumen**	Sehr sauber.
	Sauberkeit der Umgebung: Fenster, Sonnenschutz / Jalousien **	Sehr sauber.
	Sauberkeit Verteilerküchen**	Sehr sauber.
U 1.5 Beschaffung und Lagerung		
Diakonisch-Kirchliche Angebote *	Leitbilder gut sichtbar und bewohnerorientiert angebracht?*	iO
	Ausstattung der Bewohnerzimmer mit Neuem Testament (NT)*	iO
	Angebotsübersicht gut sichtbar?*	iO
	Bibel / Feiern und Loben / andere Gesangsbücher in allen Wohnbereichen / Einlegeblätter?*	iO
	Liste der Pastoren / Pfarrer*	iO
	Utensilien zur Gestaltung des Abschieds von verstorbenen Bewohnern ('Aussegnungssets') in allen Wohnbereichen?*	iO

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
Sonstiges	Namenschilder?	iO
	FeM: Bei Freiheitsentziehenden Maßnahmen: liegt Gerichtsbeschluss vor? (Stichprobe)*	iO
	Handzeichenlisten aktuell? (Stichprobe: von der HZ-Liste zum Dienstplan zur Akte - Übereinstimmung?)*	iO
	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?	In der Regel erfährt der Wohnbereich rechtzeitig von den Aufnahmen.
	Kennen Sie die Ziele Ihrer Einrichtung? Kennen Sie die Ihrer Abteilung für dieses Jahr? Wissen Sie, wo Sie im Moment stehen?	Die Mitarbeiterin kannte die neuen Ziele noch nicht - sie hängen auch noch nicht aus. Die Ziele von 2010 kannte die Befragte.
	Dienst- / Tourenplanung - Kap. 4.1.1	
	Interne Kommunikation - Kap. 4.1.1	
	Datenschutz - Kap. 4.3 (k113f)	
Gesamtbewertung**		Der Bereich wird sehr gut geführt.

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).

4.1.3 Wohnbereich Enzianpark

Datum:	7.6.11
Begleitpersonen / Leitungen:	Hr. Detert, Fr. Frohwein, Fr. Heinemann, Fr. Rösch, Fr. Möller, Fr. Welti, Hr. Lukasik, Hr. 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)*	Es gibt in der Einrichtung keinen Defibrillator - die Einweisung fand jedoch im Rahmen der Ersthelferausbildung statt. Kontrolllisten des Erste-Hilfe-Koffers liegen vor. Das Dokument enthält die Prüfindervalle für die O2-Flasche (monatlich) und den Koffer, das Absauggerät sowie die Taschenlampe (quartalsweise).
	Notfallausstattung*	iO
	Funktionskontrolle der Medizinprodukte durch die Mitarbeiter des Bereiches*	iO - BZ-Geräte werden wöchentlich geeicht. Für jedes Gerät wird eine Kontrollliste geführt.
	Beachtung des Datenschutzes*	iO
	Überwachung der Kühlschranktemperatur (dokumentiert?)	iO
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)?*	Schutzkleidung etc. vorhanden. Zur Zeit gibt es keinen Bewohner, der isoliert werden muss.
	Umgang mit reinem / unreinem Arbeitsraum / Arbeitsmitteln*	iO
	Lagerungshilfsmittel*	iO
	Lagerung der Verbandsmaterialien / Sterilgut*	iO
	Kleidung der Mitarbeiter*	iO
	Gesamteindruck Sauberkeit und Hygiene **	

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 - die Medikamentenschränke werden zweimal jährlich durch die Apotheke und zweimal jährlich durch die Wohnbereichsleitung überprüft (N: Protokoll vom 4.2.11). Maßnahmen wurden dokumentiert und deren Umsetzung kontrolliert.
	Kontrollliste Lagergut und Medikamente*	iO - Die Kontrolllisten werden durch die Apotheke aktualisiert. Zur Zeit kann die Aktualität aufgrund der unterschiedlichen Herstellerangaben, die dasselbe Generikum ausliefern und der unterschiedlichen Haltbarkeitszeiten angebrochener Medikamente, nicht sichergestellt werden. Die Mitarbeiter richten sich deshalb nach den 'Waschzetteln'.
	Entsprechen die gestellten Medikamente denen, die der Arzt angeordnet hat (Abgleich Med. / Verordnung)?*	iO
	BTM – Buch und Aufbewahrung (Vollständigkeit) / Verblisterung / Vier-Augen-Prinzip*	In jeder Schicht finden bei der Übergabe Prüfungen des Bestandes statt - die Ergebnisse werden von den Prüfenden abgezeichnet.
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**	iO
	Orientierungshilfen*	iO
K 2.3 Verpflegung *	Aktueller, gut lesbarer Speiseplan im Wohnbereich?*	iO
K 2.4 Reinigung **	Verkehrsflächen - Fußböden („runde Ecken“, Staub, Begehbarkeit)**	iO
	Gerüche?*	Keine.
	Sanitärbereiche und Funktionsräume**	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?*	iO
	Ausstattung der Bewohnerzimmer mit Neuem Testament (NT)*	iO
	Angebotsübersicht gut sichtbar?*	iO
	Bibel / Feiern und Loben / andere Gesangsbücher in allen Wohnbereichen / Einlegeblätter?*	iO
	Liste der Pastoren / Pfarrer*	iO
	Utensilien zur Gestaltung des Abschieds von verstorbenen Bewohnern ('Aussegnungssets') in allen Wohnbereichen?*	iO

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
Sonstiges	Namenschilder?	iO
	FeM: Bei Freiheitsentziehenden Maßnahmen: liegt Gerichtsbeschluss vor? (Stichprobe)*	Im geprüften Fall lag die Vollmacht der Angehörigen (Bevollmächtigte ihrer Mutter) zu FeM vor, die zur Genehmigung durch das Amtsgerichtes dem Richter vorgelegt wurde. Die Kenntnisnahme durch das Gericht zur sogenannten Schutzmaßnahme lag ebenso vor.
	Handzeichenlisten aktuell? (Stichprobe: von der HZ-Liste zum Dienstplan zur Akte - Übereinstimmung?)*	
	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?	Die abteilungsspezifischen Ziele sowie die Einrichtungsziele waren bekannt und hingen im Dienstzimmer aus.
	Dienst- / Tourenplanung - Kap. 4.1.1	
	Interne Kommunikation - Kap. 4.1.1	
	Datenschutz - Kap. 4.3 (k113f)	
Gesamtbewertung**		Der Bereich wird sehr gut geführt. Alle gestellten Fragen konnten beantwortet werden, alle Unterlagen waren vollständig.

Legende:

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

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

4.2 Begutachtung von Bewohnern

4.2.1 Bewohner 1

Datum:	7.2.2011		Geb.Datum:		
Name, Vorname:			Bereich / Abteilung:		
Betreuung:			Pflegestufe:	2	
Derzeitige Situation:	Mobilisation in den Rollstuhl, DK auf eigenen Wunsch. Lebte mit ihrem Sohn zu Hause - als dieser erkrankte, zog sie ins Seniorenzentrum. Teilweise desorientiert. Vollständige Übernahme aller Lebensaktivitäten. Dekubitusgefährdet. BMI: isst gerne und hat zugenommen, so dass eine Ernährungsberatung angedacht ist.				
Medizinische Diagnosen:	Zustand nach Apoplex mit Hemiparese links vor Einzug (2/2010), Zust. nach tiefer Venenthrombose in beiden Beinen.				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:		Augen:	
Lippen:	iO	Zähne:		Zahnfleisch:	
Zunge:	iO	Achseln:		Ellenbogen:	
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:		Brust:	Zur Intertrigoprophyllaxe - Baumwollunterlagen (Waschlappen).
Bauchnabel:	iO	Hüften:		Gluteal / Sakral	
Analgegend:	iO	Leistenbereich:		Intimbereich:	
Fuß/Ferse/Fußnägel:	iO	Zehenzwischenräume:		Hautzustand:	
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:		ggf. Ödeme:	
Wunden:	t.n.z.	Orientierung:	Teilweise (nicht zur Situation, zur Zeit - jedoch zum Umfeld)	Schmerzen:	
DK:	Ch. 20 - alle vier Wochen wird ein neuer DK gelegt.	IKM:	Teilweise - nur wenn Sie abführt.		
Atmosphäre:	Nüchtern - schöne Zimmerfarbe, jedoch Krankenhausatmosphäre.	Bett (auch: höhenverstellbar)	Sauber.	Wandschmuck/Bilder	Spärlich.
Sauberkeit Zimmer / Nachtsiche / Hilfsmittel	Sehr sauber.	Gerüche:	Keine.	Kleidung:	Nachthemd.
Nasszelle / WC:	k.B.	Mobiliar:	Standard.		
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Finde ich gut.		Essen:	Sehr gut.	
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):	Kein Interesse.		Pflegerische Versorgung:	Prima.	
Medizinische Versorgung:	Ich habe meinen Hausarzt, der sich um mich kümmert.		Therapeutische Anwendungen:	Keine Äußerung.	
Sollte etwas verbessert werden?	Eigentlich nicht.		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Zugewandt, angemessen.	
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?					
Gesamteindruck / Bewertung:	Die Bewohnerin wird sehr gut versorgt und ist sehr zufrieden.		+ / -		

4.2.2 Bewohner 2

Datum:	7.2.2011		Geb.Datum:		
Name, Vorname:			Bereich / Abteilung:		
Betreuung:			Pflegestufe:	2	
Derzeitige Situation:	Bettlägerig, Lebensaktivitäten werden komplett von den Mitarbeitern unterstützt - Bewohnerin äußert ihren Willen und kann sagen, was sie mag oder nicht gerne mag; die Bewohnerin wird nicht mehr mobilisiert, weil sie häufig kollabierte - in Einvernehmen mit der Angehörigen und dem Hausarzt wird sie im Bett belassen ; dekubitus-, kontraktur-, thrombose-, obstipation-, pneumonie-, dehydrationsgefährdet, BMI kleiner als 20.				
Medizinische Diagnosen:	Fast vollständig erblindet, arterielle Hypertonie, Verdacht auf demenzielles Syndrom.				
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:	Keine.	Orientierung:	Verzögert.	Schmerzen:	
DK:		IKM:	Offen.		
Atmosphäre:	Nüchtern, aber wegen des kleineren Raumes und der unterschiedlichen Farben wohnlich.	Bett (auch: höhenverstellbar)	Sauber.	Wandschmuck/Bilder	Viele Fotos.
Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel	Sehr sauber.	Gerüche:	Keine.	Kleidung:	Persönlich.
Nasszelle / WC:	Sehr sauber.	Möbiliar:	Wenig, Standard.		
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Keine Befragung möglich.		Essen:		
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):			Pflegerische Versorgung:		
Medizinische Versorgung:			Therapeutische Anwendungen:		
Sollte etwas verbessert werden?			Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:		
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?					
Gesamteindruck / Bewertung:	Die Bewohnerin wird sehr gut versorgt.		+ / -		

4.2.3 Bewohner 3

Datum:	7.2.11		Geb.Datum:	
Name, Vorname:			Bereich / Abteilung:	
Betreuung:			Pflegestufe:	Keine.
Derzeitige Situation:	Selbstständig, versorgt sich weitgehend selbst (Medikamente, Ernährung, Arztversorgung).			
Medizinische Diagnosen:	Hypertonie, Zustand nach OP (Darm-CA) 1981. Zog in das Seniorenzentrum, weil sie nicht alleine bleiben wollte.			
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 wohnlich.	Bett (auch: höhenverstellbar)		Wandschmuck/Bilder
Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel	Sauber.	Gerüche:	Keine.	Kleidung:
Nasszelle / WC:	k.B.	Mobiliar:		
Zufriedenheit:				
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Erteilt Malunterricht für andere Bewohner.		Essen:	Das Essen schmeckt.
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):	Kein Interesse.		Pflegerische Versorgung:	Soweit gut.
Medizinische Versorgung:			Therapeutische Anwendungen:	
Sollte etwas verbessert werden?	Kein Bedarf.		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	
Bewertung:				
Sollte etwas verbessert werden?				
Gesamteindruck / Bewertung:	Die Bewohnerin ist zufrieden.		+ / -	

4.2.4 Bewohner 4

Datum:	7.2.2011			Geb.Datum:	
Name, Vorname:				Bereich / Abteilung:	
Betreuung:	Angehörige.			Pflegestufe:	2
Derzeitige Situation:	Desorientiert, benötigt Unterstützung bei allen Lebensaktivitäten; Hinlauftendenz - findet jedoch nicht mehr zurück, wenn er den Bereich verlassen hat - hat daher einen Transponder im Schuh, so dass der Alarm beim Verlassen des Seniorenzentrums ausgelöst wird (über Handy, auf dem die Zimmernummer des Bewohners erscheint). Zum Teil erscheint der Bewohner aggressiv. Der Bewohner isst regelmäßig im Speisesaal unter Beaufsichtigung. Wurde wegen seiner starken inneren Unruhe in der Psychiatrie medikamentös eingestellt.				
Medizinische Diagnosen:	Chronische Niereninsuffizienz, Hypertonie, Demenz - Zustand nach Apoplex vor Einzug.				
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:	Keine Inspektion.	Zehenzwischenräume:	Keine Inspektion.	Hautzustand:	
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.	ggf. Ödeme:	t.n.z.
Wunden:	Keine.	Orientierung:	Keine adäquaten Antwort - Wortfindungsstörungen.	Schmerzen:	Keine Reaktion, keine bekannt.
DK:	t.n.z.	IKM:	iO		
Atmosphäre:	Sehr ordentlich. Etwas nüchtern.	Bett (auch: höhenverstellbar)	Sauber.	Wandschmuck/Bilder	Wenig.
Sauberkeit Zimmer / Nachtschische / Hilfsmittel	Sehr sauber.	Gerüche:	Keine.	Kleidung:	Persönlich.
Nasszelle / WC:	Sehr sauber.	Mobiliar:	Standard, wenig Persönliches.		
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Keine Befragung möglich.		Essen:		
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):			Pflegerische Versorgung:		
Medizinische Versorgung:			Therapeutische Anwendungen:		
Sollte etwas verbessert werden?			Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Zugewandt. Ansprache in der 'Wir'-Form.	
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?	Bitte Bewohner immer direkt ansprechen, keine 'Wir-Form' verwenden.				
Gesamteindruck / Bewertung:	Der Bewohner ist sehr gut versorgt. Auf die besondere Situation - Hinlauftendenz - wird individuell reagiert.		+ / -		

4.2.5 Bewohner 5

Datum:	7.2.2011		Geb.Datum:		
Name, Vorname:			Bereich / Abteilung:		
Betreuung:			Pflegestufe:	2	
Derzeitige Situation:	siehe Kapitel 4.3.				
Medizinische Diagnosen:					
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:	iO	Augen:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	Nicht beurteilbar.	Zahnfleisch:	Nicht beurteilbar.
Zunge:	iO	Achseln:	iO	Ellenbogen:	iO
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	iO	Brust:	iO
Bauchnabel:	iO	Hüften:	iO	Gluteal / Sakral	iO
Analgegend:	Stoma	Leistenbereich:	iO	Intimbereich:	iO
Fuß/Ferse/Fußnägel:	iO	Zehenzwischenräume:	iO	Hautzustand:	Intakt.
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:	Hochkalorische Kost.	ggf. Ödeme:	Keine.
Wunden:	Keine.	Orientierung:	Nicht beurteilbar.	Schmerzen:	Fentanyl-Pflaster - Beurteilung mittels BESAD-Skala.
DK:	16 Ch.	IKM:	t.n.z.		
Atmosphäre:	Viele persönliche Dinge.	Bett (auch: höhenverstellbar)	Krankenhausbett - sehr sauber.	Wandschmuck/Bilder	Persönlich.
Sauberkeit Zimmer / Nachttische / Hilfsmittel	Sehr sauber.	Gerüche:	Keine.	Kleidung:	Nachthemd.
Nasszelle / WC:	Sehr ungemütlich, nüchtern, aber sauber.	Mobiliar:	Standard.		
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Befragung ist nicht möglich.		Essen:		
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):			Pflegerische Versorgung:		
Medizinische Versorgung:			Therapeutische Anwendungen:		
Sollte etwas verbessert werden?			Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:		
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?					
Gesamteindruck / Bewertung:	Die Bewohnerin wird sehr gut versorgt.		+ / -		

4.2.6 Bewohner 6

Datum:	7.2.2011		Geb.Datum:		
Name, Vorname:			Bereich / Abteilung:		
Betreuung:			Pflegestufe:	1	
Derzeitige Situation:	siehe Kapitel 4.3.				
Medizinische Diagnosen:					
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:	iO	Augen:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	iO	Zahnfleisch:	iO
Zunge:	iO	Achseln:	iO	Ellenbogen:	iO
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	iO	Brust:	iO
Bauchnabel:	iO	Hüften:	iO	Gluteal / Sakral	iO
Analgegend:	iO	Leistenbereich:	iO	Intimbereich:	iO
Fuß/Ferse/Fußnägel:	iO	Zehenzwischenräume:	iO	Hautzustand:	iO
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:	iO	ggf. Ödeme:	Keine.
Wunden:	Keine.	Orientierung:	Teilweise.	Schmerzen:	Keine.
DK:	t.n.z.	IKM:	Keine.		
Atmosphäre:	Kleine Möbelstücke.	Bett (auch: höhenverstellbar)	Sauber.	Wandschmuck/Bilder	Persönlich.
Sauberkeit Zimmer / Nachtsiche / Hilfsmittel	Sehr gut.	Gerüche:	Keine.	Kleidung:	Persönlich.
Nasszelle / WC:	k.B.	Mobiliar:	Persönlich.		
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Zufrieden.		Essen:		
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):	Nehme ich wahr.		Pflegerische Versorgung:	Zufrieden.	
Medizinische Versorgung:	Gut.		Therapeutische Anwendungen:	t.n.z.	
Sollte etwas verbessert werden?	Alles in Ordnung.		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Angemessen, zugewandt.	
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?					
Gesamteindruck / Bewertung:	Die Bewohnerin wird sehr gut versorgt.		+ / -		

4.2.7 Bewohner 7

Datum:	7.2.11			Geb.Datum:	
Name, Vorname:				Bereich / Abteilung:	
Betreuung:				Pflegestufe:	3
Derzeitige Situation:	Harn-/Stuhlinkontinent, Kompressionsstrümpfe, Unterstützung in allen Aktivitäten des täglichen Lebens.				
Medizinische Diagnosen:	Demenzielles Syndrom.				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:	iO	Augen:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	iO	Zahnfleisch:	iO
Zunge:	iO	Achseln:	iO	Ellenbogen:	iO
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	iO	Brust:	iO
Bauchnabel:	iO	Hüften:	iO	Gluteal / Sakral	Keine Inspektion.
Analgegend:	iO	Leistenbereich:	iO	Intimbereich:	Keine Inspektion.
Fuß/Ferse/Fußnägel:	iO	Zehenzwischenräume:	iO	Hautzustand:	iO
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.	ggf. Ödeme:	Keine.
Wunden:	Keine.	Orientierung:	Teilweise.	Schmerzen:	Keine.
DK:	t.n.z.	IKM:	Offen.		
Atmosphäre:	Nüchtern, spartanisch.	Bett (auch: höhenverstellbar)		Wandschmuck/Bilder	Persönlich.
Sauberkeit Zimmer / Nachtsiche / Hilfsmittel	Sehr sauber.	Gerüche:	Keine.	Kleidung:	Tageskleidung.
Nasszelle / WC:	Sehr sauber.	Mobiliar:	Ein wenig Mobiliar.		
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Will ich nicht teilnehmen.		Essen:	Schmeckt sehr gut, kann wählen.	
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):	Nicht erwünscht.		Pflegerische Versorgung:	Gut.	
Medizinische Versorgung:	Gut.		Therapeutische Anwendungen:	t.n.z.	
Sollte etwas verbessert werden?			Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Freundlich, höflich, klopfen an.	
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?					
Gesamteindruck / Bewertung:	Die Bewohnerin wird sehr gut versorgt.			+ / -	

4.3 Überprüfung der Dokumentation

	Stamblatt	Anamnese / Biografiearbeit*	Pflegeplanung	Pflegeplanung innerhalb der vorgegebenen Frist erstellt?*	Pflegebericht	Leistungsnachweis / -dokumentation*	Dekubitusrisikoskala /-einschätzung*	Lagerungsprotokoll*	Betreuungsplanung und -nachweis	Wundprotokoll / -dokumentation*	Ernährungs- / Trinkprotokoll*	Sturzrisiko*	Förderung der Harnkontinenz*	Vitalzeichenkontrollblatt	Ärztliches Verordnungsblatt / Visitenprotokoll	Schmerzdokumentation	Medikamentenplan	Therapiedokumentation / Aktivierungsbogen	Seelsorge (Durchführungsnachweis / Dokumentation)*	Spirituelle Bedürfnisse des BW / Pat. dokumentiert (Anamnese)*	Überleitungsbogen	Leerstelle (zusätzliche Formulare KH / RK)	Ärztliches Verlaufsblatt	Therapeutisches Verlaufsblatt	Befunddokumentation	Vollständigkeit* / Anwendung*	Bewertung der Vollständigkeit und Schriftführung in Schulnoten
1.	2	2	2	2	2	2	2	2	2		2	2				2				2						2	1,0
	<p>Zustand bei Aufnahme (seit 02/2010): Zustand nach KH-Aufenthalt - da pflegender Angehöriger selbst nicht mehr in der Lage war, die Bewohnerin zu pflegen, zog sie im Seniorenzentrum ein. Zustand nach Apoplex und Hemiparese links (vor Einzug) - konnte noch mit Unterstützung von zwei Mitarbeitern in den Rollstuhl mobilisiert werden. DK / stuhlkontinent. Konnte noch alleine Essen - BMI 26,5. Orientiert - Kontakt bestand zum Sohn über ihren Nachbarn. Beschäftigung selbst möglich und Teilnahme am 'öffentlichen' Leben wurde regelmäßig gesucht. Biographische Daten: Lebte mit dem Sohn zusammen. Sturz- und Dekubitusrisiko, Zystitisprophylaxe, Obstipationsprophylaxe. Auf eigenen Wunsch: Bettgitter.</p> <p>Schlüsselergebnisse: Keine.</p> <p>Gegenwärtiger Zustand: BMI erhöht (30,7) - das Essen schmeckt sehr gut und die Bewohnerin isst gerne - weil sie sonst nicht mehr sehr viel selbst ausführen kann, bereitet ihr das Essen besondere Freude. Die Ernährungsberatung ist vorgesehen. Die Transfers gestalten sich bei steigendem Körpergewicht schwieriger. Zum Teil erscheint sie zeitweise situativ und zur Person nicht mehr so häufig orientiert wie zum Einzug. Erzählte in den letzten Tagen, dass sie geheiratet hätte - ggf. wird der Hausarzt gebeten, eine Abklärung der Ursache vorzunehmen.</p> <p>Ausblick: Der BMI soll sich auf niedrigerem Niveau stabilisieren. Die derzeitige Situation (Orientierung) soll mit dem Hausarzt und ihrem Angehörigen geklärt werden.</p> <p>Bewertung: Die Dokumentation und Schilderung ist umfassend. Pflegevisitenprotokolle liegen vor.</p>																									1,0	
2.	Dokumentation nicht überprüft																										
3.	Dokumentation nicht überprüft																										
4.	Dokumentation nicht überprüft																										

	Stammblatt	Anamnese / Biografiearbeit*	Pflegeplanung	Pflegeplanung innerhalb der vorgegebenen Frist erstellt?*	Pflegebericht	Leistungsnachweis / -dokumentation*	Dekubitusrisikokala / -einschätzung*	Lagerungsprotokoll*	Betreuungsplanung und -nachweis	Wundprotokoll / -dokumentation*	Ernährungs- / Trinkprotokoll*	Sturzrisiko*	Förderung der Harnkontinenz*	Vitalzeichenkontrollblatt	Ärztliches Verordnungsblatt / Visitenprotokoll	Schmerzdokumentation	Medikamentenplan	Therapiedokumentation / Aktivierungsbogen	Seelsorge (Durchführungsnachweis / Dokumentation)*	Spirituelle Bedürfnisse des BW / Pat. dokumentiert (Anamnese)*	Überleitungsbogen	Leerstelle (zusätzliche Formulare KH / RK)	Ärztliches Verlaufsblatt	Therapeutisches Verlaufsblatt	Befunddokumentation	Vollständigkeit* / Anwendung*	Bewertung der Vollständigkeit und Schriftführung in Schulnoten
6.	2	2	2	0	2									2	2	2	2			2	2					2	1,3
	<p>Zustand bei Aufnahme (seit 6/2007): Zustand nach Apoplex mit Hemiparese links, nahm die Medikamente noch selbstständig ein; konnte an der Bettkante gewaschen werden - benötigte nur Anleitung. Compliance bezüglich des Waschens gering. Kontinent. Orientiert, konnte sich verbal äußern, ging mit ihrem Sohn täglich in die Cafeteria.</p> <p>Schlüsselergebnisse: Apoplex 2009 --> KH-Aufenthalt im Dezember 2009.</p> <p>Gegenwärtiger Zustand: Kann sich nicht mehr verbal äußern - Zustand nach zwei Apoplexien mit Hemiparese bds., wird nicht mehr mobilisiert sondern im Bett gelagert. Reagiert teilweise auf Ansprache. Übernahme aller Lebensaktivitäten mit zwei Pflegekräften. Kontrakturen aufgrund der Apoplexien. Ernährung mittels PEG (hochkalorische Kost - BMI 29,9). Stomaanlage vor Einzug in das Seniorenzentrum. BTM-Pflaster - schmerzfrei (Gestik und Mimik). Inkontinent - Anlage eines DK.</p> <p>Ausblick: Sie soll stabil bleiben und sich wohl fühlen - Beschäftigung findet in Form von Einzelbetreuungen der Betreuungssitenten statt.</p> <p>Bewertung: Die Probleme wurden teilweise umfassend dargestellt - ein Schema, anhand dessen der Zustand des Bewohners geschildert wird, könnte die prioritären Diagnosen in den Vordergrund und weniger aktuelle und wichtige Phänomene in den Hintergrund treten lassen. Die biografischen Daten werden benannt und fließen in die Schilderung ein. Die Pflegeplanung wird zur Zeit mittels einer Exceltabelle geführt - hierbei wird auch versucht, die Evaluationszeiträume zu dokumentieren und Anpassungen der Planungen chronologisch aufzuzeigen. Fallbesprechungen bei schwierigen Situationen (nach Rückkehr aus dem Krankenhaus) wurden durchgeführt - Protokolle liegen vor.</p>																								2,0		
7.	Dokumentation nicht überprüft.																										
6.	Dokumentation nicht überprüft.																										

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

5 Zusammenfassung

Die leitenden Mitarbeiter der Einrichtung präsentierten sich geschlossen und routiniert zur Teilrevision. Die Arbeitsatmosphäre war von Professionalität und Konzentration geprägt. Die Auditoren bedanken sich an dieser Stelle für die Kooperation aller Mitarbeiter.

Insgesamt gelang es der Einrichtung, das hohe Vorjahresniveau zu halten oder – wie in der Kategorie ‚Ergebnisqualität Dokumentation‘ – zu verbessern.

Bei der Präsentation der Bewohnerverläufe anhand der Bewohnerakten könnten die Mitarbeiter ihre Berichte noch präzisieren, indem Daten nach festgelegtem Schema geschildert werden. Zum Beispiel könnten zunächst die im Vordergrund stehenden Phänomene und anschließend die weniger wichtigen in der Reihenfolge der Lebensaktivitäten (LA) nach Roper erläutert werden. Denkbar wäre im Anschluss auch die Nennung der pflegerischen Risiken (**siehe Kapitel 4.3**).

Alle gesehenen Bewohner äußerten sich sehr zufrieden mit ihrer Versorgung und wurden pflegerisch sehr gut betreut (**siehe Kapitel 4.2**).

In der Kategorie ‚Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung‘ stehen Bemühungen der Einrichtung im Vordergrund, die Vorgaben des Brandschutzes zu erfüllen und trotzdem die Wohnlichkeit zu erhalten: Brandschutzgerechte Einrichtungsgegenstände wirken ‚kalt‘ und ‚ungemütlich‘, der beliebte und wohnlich wirkende Ohrensessel erscheint dagegen unter brandschutzgesichtspunkten ungeeignet. Dennoch ist es den Mitarbeitern gelungen, wohnliche Bereiche zu gestalten.

Alle Bewohnerzimmer und Flure weisen frische Farben auf. Vereinzelt Abnutzungsspuren an Wänden und Türen fallen kaum auf. Die Gemeinschaftsräume wurden neu tapeziert. Auf einem Wohnbereich lebt eine Katze, die bei den Bewohnern ein gern gesehener Gast ist.

Einzelne Bewohnerzimmer wirken teilweise nüchtern und funktional – die Lichtleisten vermitteln tendenziell Krankenhausatmosphäre, teilweise gelingt jedoch die Integration in das Wohnkonzept. Auch manche Nasszellen könnten mehr ‚Wärme‘ ausstrahlen. Die Einrich-

tung ist sich dieser Verbesserungspotentiale bewusst und wird schrittweise Renovierungsarbeiten einleiten.

In der Kategorie ‚Ordnung, Sauberkeit, Hygiene‘ gab es nur kleinere Verbesserungspotentiale (Staub auf einigen Lichtleisten), ansonsten kann sich die Einrichtung kaum noch verbessern (**siehe Kapitel 4.1**).

Das sehr gute Ergebnis der Teilrevision spiegelt sich in den vier benoteten Kategorien folgendermaßen wider:

UB/AF	Vor-Ort-Prüftermine	Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung (DS: nur Orientierung)			Ordnung, Sauberkeit, Hygiene			Konzepte und Standards			Pflegerisches / ärztliches / therapeutisches Management			Ergebnisqualität: (Pflege-)Zustand der BW / Pat.			Ergebnisqualität: Dokumentation			Durchschnitt (Pflegezustand doppelt gewichtet)		
		09	10	11	09	10	11	09	10	11	09	10	11	09	10	11	09	10	11	09	10	11
SZOE	07.02.2011	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1	1	1	2 +	1-2	1 -	1,2	1,1	↑

* Positive oder negative Vorzeichen weisen auf eine Tendenz hin, fließen aber nicht in die Endbewertung ein. Die Note 1 – 2 wird als 1,5 gewertet. Die Note der ‚Ergebnisqualität: (Pflege-)Zustand der BW / Pat.‘ wird doppelt gewertet und die Summe aller Noten durch 7 geteilt, um die Endnote zu errechnen.

Wie üblich, wird ein detaillierter Maßnahmenplan verfasst, der, laufend fortgeschrieben, im bestehenden GroupWise-Ordner eingestellt wird und auf den Herr Dietel Leserecht erhält.

Berlin, 21.4.2011

Andreas Dietel

5.1 Rezertifizierungsaudit vom 6.6. – 7.6.2011

Das sehr gute Niveau, auf dem sich die Einrichtung bereits im letzten Jahr befand, wurde im Rahmen der Teilrevision und des Rezertifizierungsaudits bestätigt.

Die Einrichtung hat sehr gute Konzepte und Standards entwickelt und diese ‚verfeinert‘. Ziele werden systematisch überprüft, neu bestimmt und auf den Abteilungen ausgehängt. Beispiele hierfür sind Verfahrensanweisungen zu freiheitseinschränkenden Maßnahmen, der Pflegeüberleitung, zu Stellen- und Aufgabenbeschreibungen oder der Einarbeitung Ehrenamtlicher. Die Regelungen sind insgesamt verständlich verfasst. Der allgemeine Hygieneplan des Robert-Koch-Instituts wurde nicht ‚im Stück‘ übernommen sondern gemeinsam mit der externen Hygienefachkraft auf die Bedürfnisse der Einrichtung angepasst.

Die Grundlagen für eine gemeinsame Taxonomie wurden gelegt, indem alle pflegerelevanten Phänomene einheitlich und durchgehend den Lebensaktivitäten (LA) nach Roper zugeordnet wurden.

Die Einarbeitung der Bethelkonventionen in das Qualitätsmanagementhandbuch (QMH) ist noch nicht abgeschlossen: beispielsweise müssen Quellenangaben in den fachspezifischen Standards nachgepflegt, oder pro Anforderung nur eine Regelung erstellt werden. Die Nationalen Expertenstandards entsprechen teilweise nicht dem einheitlichen Format und Umfang: Nur die Prozesskriterien werden entlang der Inhalte der Vorgabetexte des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung einrichtungsspezifisch ausgestaltet, der Umfang soll zwei bis drei Seiten nicht überschreiten. Längere Erläuterungen, die zu Schulungszwecken geeignet sind, werden als Anlagen zum Standard ausgelagert.

Ausnahmslos alle Regelungen müssen innerhalb von drei Jahren im Rahmen eines Systemaudits überprüft und mit dem Datum der nächsten Überprüfung versehen werden.

Im Bereich des Managements – der Umsetzung der Regelungen – ist der Umgang mit ihrer Alltagskompetenz eingeschränkten Bewohnern im Rahmen des ‚Dementia Care Mappings‘ bemerkenswert. Weiterhin bietet die Einrichtung ein rund um die Uhr besetztes sogenanntes ‚Pflegetelefon‘ für pflegende Angehörige und andere Ratsuchende aus der Umgebung an.

Schwerpunkte der Personalentwicklung sind Lagerungs- und Transfertechniken oder die Hygiene: Vier bzw. zehn Mitarbeiter wurden im vergangenen Jahr im Zuge umfangreicher Schulungen qualifiziert. Stürze und andere Risiken werden systematisch ausgewertet und geeignete Vorbeugemaßnahmen ergriffen, Fehler- und Beschwerden erfasst und ausgewertet.

Verbesserungspotentiale gibt es im Umgang mit den Visitenprotokollen (Aktualität der Auswertungen) und bei der Dokumentenlenkung (Aktualisierung der Literatur bezüglich aller externen Dokumente, wie sie beispielsweise Heimgesetze oder Hygienerichtlinien darstellen) **(siehe Kapitel 3)**.

Der Auditor von proCumCert wird der Zertifizierungsstelle die Beibehaltung des Zertifikats empfehlen **(vgl. den Begutachtungsbericht zur Systemförderung)**.

Zusammen mit den während der Rezertifizierung benoteten Kategorien ‚Konzepte und Standards‘ sowie ‚Pflegerisches / ärztliches / therapeutisches Management‘ ergibt sich folgendes Gesamtergebnis:

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)		
		09	10	11	09	10	11	09	10	11	09	10	11	09	10	11	09	10	11	09	10	11
SZOE	07.02.2011	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1-2	1 -	1 -	1	1	1	2 +	1-2	1 -	1,2	1,1	1,0 ↑

* Positive oder negative Vorzeichen weisen auf eine Tendenz hin, fließen aber nicht in die Endbewertung ein. Die Note 1 – 2 wird als 1,5 gewertet. Die Note der ‚Ergebnisqualität: (Pflege-)Zustand der BW / Pat.‘ wird doppelt gewertet und die Summe aller Noten durch 7 geteilt, um die Endnote zu errechnen.

Wie üblich, wird ein detaillierter Maßnahmenplan verfasst, der, laufend fortgeschrieben, im bestehenden GroupWise-Ordner eingestellt wird und auf den Herr Dietel Leserecht erhält.

Berlin, 17.7.2011

Andreas Dietel

Anhang

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

7.2.2011 _____ 37

Anhang 1 – Teilrevision: Interne Revision in Medizin und Pflege, SZOE, 7.2.2011

<p>Allgemeines:</p>	<p>Auditoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frau Welti, SZFR - Herr Dietel, DMBE <p>Gesprächspartner: (Haupt-) Geschäftsführer und Vertretungen, zusätzliche Gesprächspartner nach Absprache (siehe unten).</p> <p>Dauer der Revision: 9.00 – 16.00 Uhr</p> <p>Medien / Vorbereitung: Bitte ein ans Netzwerk angeschlossenes Laptop und einen Beamer im Besprechungsraum aufstellen. Das QM-Handbuch muss über Beamer und Laptop während der gesamten Zeit eingesehen werden können. Zu allen gegebenen Anlässen (siehe unten) ebenso alle weiteren ggf. schon archivierten Unterlagen vorhalten, die nicht über MCC aufgerufen werden können.</p> <p>Wir werden im Verlauf der Teilrevision Bewohner besuchen. Die sechs bis zehn Bewohner werden wir am Morgen als Zufallsstichprobe auswählen (bspw. mit FeM, Risikofaktoren, Soziale Betreuung, Veränderungen seit Einzug). Die Akten von mindestens zwei Bewohnern dieser Stichprobe werden wir eingehender behandeln, indem diese von ihren Bezugspflegefachkräften vorgestellt werden (siehe unten).</p>
<p>Tagesablauf</p>	<p>Begehung der Einrichtung / Inaugenscheinnahme ausgewählter Bewohner / Dokumentationsvisite / Nachweisdokumente</p> <p>9.00 – 9.05 Uhr Auswahl der Bewohnerstichprobe aus der Gesamtliste (→ Einverständniserklärungen)</p> <p>9.05 – 9.30 Uhr Gesprächspartner – Allgemeines zur Einrichtung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - HG / GF / PDL / stv. PDL / QMB / Sozialdienst / Soziale Betreuung / Technischer Dienst / Hauswirtschaft: Speiseversorgung, Reinigung, Wäschereiversorgung sowie ggf. weitere Gesprächspartner, die die Einrichtung auswählt. Joachim Knollmann (Hauptgeschäftsführer) Cornelia Möller (Geschäftsführerin / Pflegedienstleitung) Beatrice Rösch (stellv. Pflegedienstleitung / Wohnbereichsleitung Rosenallee / Wohnbereichsleitung Sonnenblumenallee) Inken Heinemann (QMB) Heidemarie Fuchs (Wohnbereichsleitung Kleeblattallee) Maik Detert (Wohnbereichsleiter Enzianpark) Olaf Seeberger (Hauptküchenleiter) Renate Pietsch (Hauswirtschaft) Renate Riesner (Reinigungsdienst) Harald Wunderlich (Leiter Technischer Dienst) Jürgen Meier (Ergotherapie) Katharina Schwarz (Ergotherapie) - Was gibt es Neues? ggf. Managementbewertung 2009 / Projekte 2010 / Schwerpunkte 2010? <p>9.30 – 11.00 Uhr Inaugenscheinnahme ausgewählter Bewohner (→ Einverständniserklärung) – Auswahl eines oder mehrerer Bewohner pro Auditor zur Dokumentationsvisite (s.u.)</p> <p>11.00 – 12.30 Uhr Begehung der Wohnbereiche Unterlagen / Medien: ggf. Intranet, Unterlagen zur Leistungsbeschreibung, Speise-</p>

pläne, Begehungsprotokolle → Maßnahmenpläne, Fortbildungspläne, Dienstpläne, Reinigungspläne, Teilnehmerlisten etc.

Schwerpunkte: Hygiene, Fort- und Weiterbildung, Umgang mit Mangelernährten, ggf. Serviceleistungen und Überprüfung ihrer Wirksamkeit; Wohnbereich(e): Befragung von Mitarbeitern / Einsicht in Bewohnerakten mit Prüfung ausgewählter Schwerpunkte (z.B. Medikamentenanordnung, Dekubitus-/Wundmanagement, Schmerzmanagement, Freiheitsentziehende Maßnahmen, Kontinenz, Ernährung)

12.30 – 13.15 Uhr Mittagspause

13.20 – 15.15 Uhr

Dokumentationsvisite - Vorstellung von mindestens **zwei begutachteten Bewohnern** anhand der Akten **und mit Hilfe von MCC – auch der archivierten Akten** (Zustand bei Aufnahme / Gegenwärtiger Zustand – Ursachen möglicher Veränderungen / von Schlüsselereignissen ableitbar (z.B. Sturz, Apoplex, Rückzug, Abnahme der Alltagskompetenz etc.)? Erläuterung anhand der Unterlagen (Erstgespräch, Anamnese, Pflegeplanung und –bericht, Pflegevisiten, Fallbesprechungen, soziale Betreuung etc.) / Erläuterung der bestehenden Risiken (→ Nationale Expertenstandards) und abgeleiteter Maßnahmen und Ergebnisse).

15.15 – 15.55 Uhr

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

15.55 – 16.00 Uhr

Abschlussbesprechung mit allen Teilnehmern und Interessierten / Rückmeldung an die Auditoren

A. Dietel
Referat Produkte