

Scheve Management
Referat Produkte

Seniorenzentrum Bethel Bad Oeynhausen

**Interne Revision in Medizin und Pflege
vom 27.02. – 28.02.2013**

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

Bericht im Auftrag des Gesellschafters

Auditoren:

Andreas Dietel, Angelika Wortmann, Henrike Zander



NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Inhalt

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Einleitung | 1 |
| 1.1 | Methodik der Internen Revision in Medizin und Pflege des Diakoniewerkes Bethel..... | 1 |
| 1.1.1 | <i>Die Interne Revision in Medizin und Pflege als Instrument der Qualitätssicherung und -entwicklung</i> | 1 |
| 1.1.2 | <i>Der nächste Schritt: die Überprüfung der Qualitätsmanagementsysteme durch externe Gutachter und die Zertifizierung der Einrichtungen</i> | 2 |
| 1.1.3 | <i>Ausblick</i> | 2 |
| 1.2 | Kriterienauswahl..... | 3 |
| 2 | Allgemeine Angaben zur Einrichtung | 5 |
| 3 | Prüfkatalog Diakonie-Siegel Pflege, Version 2 | 8 |
| 3.1 | Maßnahmenplan | 8 |
| 3.2 | Führungsprozesse | 9 |
| 3.2.1 | <i>Führung, Politik und Strategie</i> | 9 |
| 3.2.2 | <i>Personal</i> | 10 |
| 3.2.3 | <i>Qualitätsmanagementsystem</i> | 13 |
| 3.2.4 | <i>Sicherheit</i> | 15 |
| 3.3 | Kernprozesse | 18 |
| 3.3.1 | <i>Pflege</i> | 18 |
| 3.3.2 | <i>Beratung und Betreuung</i> | 23 |
| 4 | Begutachtungen | 24 |
| 4.1 | Begutachtungen von Wohnbereichen | 24 |
| 4.1.1 | <i>Wohnbereich Kleeblattallee</i> | 24 |
| 4.1.2 | <i>Wohnbereich Sonnenblumenallee</i> | 27 |
| 4.1.3 | <i>Wohnbereich Rosenallee</i> | 30 |
| 4.1.4 | <i>Wohnbereich Enzianpark</i> | 33 |
| 4.2 | Begutachtungen von Bewohnern | 36 |
| 4.2.1 | <i>Bewohner 1</i> | 36 |
| 4.2.2 | <i>Bewohner 2</i> | 37 |

| | | |
|----------|------------------------------------|-----------|
| 4.2.3 | <i>Bewohner 3</i> | 38 |
| 4.2.4 | <i>Bewohner 4</i> | 39 |
| 4.2.5 | <i>Bewohner 5</i> | 40 |
| 4.2.6 | <i>Bewohner 6</i> | 41 |
| 4.2.7 | <i>Bewohner 7</i> | 42 |
| 4.2.8 | <i>Bewohner 8</i> | 43 |
| 4.2.9 | <i>Bewohner 9</i> | 44 |
| 4.2.10 | <i>Bewohner 10</i> | 45 |
| 4.3 | Überprüfung der Dokumentation..... | 46 |
| 5 | Zusammenfassung | 47 |
| | Anhang | 49 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|-------------------|--|
| A | PDCA - Act-Schritt (Anpassung der Maßnahmen bei Zielabweichungen) |
| A | Abweichung – das Qualitätsmanagementsystem entspricht an dieser Stelle nicht den Anforderungen. Abweichung muss zeitnahe bzw. nach Absprache zur nächsten Revision behoben werden. |
| ACH | Abdominal-Chirurgie |
| ÄD | Ärztlicher Direktor |
| ADM | Antidekubitusmatratze |
| AG | Arbeitsgruppe |
| AO | Gebräuchliche Abkürzung für ‚Ärztliche Anordnung‘ |
| AQUA-Institut | Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen |
| ASA | Arbeitssicherheitsausschuss |
| Assessment | Hier verstanden im Sinne einer systematischen Einschätzung einer Sachlage: Datenerhebung – Messen, Wiegen, Schätzen, Begutachten – nach Leitfaden mit anschließender Analyse der Daten (sowie Festlegung der sich aus der Bewertung ableitenden Maßnahmen) |
| ATS | Anti-Thrombose-Strümpfe |
| AVK | Arterielle Verschlusskrankheit |
| AWMF | Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften |
| AZ | Allgemeinzustand |
| BGW | Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege |
| BMI | Body-Mass-Index – errechnet sich aus dem Körpergewicht und der Größe. Mit Hilfe des BMI werden Aussagen zum Ernährungszustand getroffen. |
| BQS | Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung |
| BS | Behandlungsschema |
| BTM | Betäubungsmittel |
| BW | Bewohner |
| BZ | Blutzuckerspiegel |
| C | PDCA - Check-Schritt (Überprüfung der Zielerreichung) |
| CIRS | ‚Critical Incidence Reporting System‘ – ein anonymes Meldesystem über Beinahe-Unfälle |
| D | PDCA - Do-Schritt (Durchführung) |
| DA | Dienstanweisung |
| div. | Diverses |
| DK | Dauerkatheter |
| DNQP | Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege |
| DS-Pflege od. DSP | Diakonie-Siegel Pflege |
| DSWE | Diakoniestation Bethel Welzheim |
| DwB | Diakoniewerk Bethel |
| E | Empfehlung – ‚sollte‘ zur nächsten Revision umgesetzt werden bzw. begründet durch andere Maßnahmen ersetzt werden. Ohne begründete Nichtumsetzung bzw. wenn die begründete Nichtumsetzung nicht nachvollziehbar ist, wird aus der Empfehlung zur nächsten Revision ein ‚Hinweis‘ (= muss umgesetzt werden) |

| | |
|---------------|---|
| EVAP | Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflegerische Dienste |
| F | Feststellung – Sachstand nach Bewertung des Qualitätsmanagementhandbuches und seiner Anforderungen; als Überschrift der Anforderungen im Diakoniesiegel Pflege (z.B. F 2.2.1) steht F für ‚Führungsprozess‘ |
| FB | Fortbildung |
| FeM | Freiheitsentziehende Maßnahmen |
| GF | Geschäftsführer |
| gGmbH | Gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung |
| GHWL | Gebäude- und Hauswirtschaftsleitung |
| H | Hinweis – ‚muss‘ zur nächsten Revision umgesetzt sein bzw. nach Absprache auch eher |
| HA | Heimaufsicht des Landes |
| HG | Hauptgeschäftsführer |
| HZ | Handzeichen (-liste) |
| IKM | Inkontinenzmaterial |
| i.m-Injektion | Intramuskulär (in den Muskel) - Injektion |
| iO | In Ordnung |
| k.B. | Keine Bewertung |
| KHBE | Krankenhaus Bethel gGmbH |
| KIS | Krankenhausinformationssystem (wie z.B. MCC der Fa. Meierhofer, das im Diakoniewerk Bethel im Einsatz ist) |
| KL | Krankenhausleitung |
| KTQ | Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen |
| KVP | Kontinuierlicher Verbesserungsprozess |
| LA | Lebensaktivitäten (aus: Pflegemodell nach Roper) |
| LK | Leistungskomplexe |
| Ltg. | Leitung (Gruppenleitung, Abteilungsleitung etc.) |
| MA SD | Mitarbeiter Sozialdienst |
| MCC | Elektronisches Krankenhausinformationssystem der Fa. Meierhofer |
| MDK | Medizinischer Dienst der Krankenkassen |
| Med. GF | Medizinischer Geschäftsführer |
| MRSA | „Methicillin-resistent Staphylococcus aureus“ |
| N | Nachweis |
| NES | Nationale Expertenstandards des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) |
| NT | Neues Testament |
| ORIS | |
| P | PDCA - Plan-Schritt |
| Pat. | Patient |
| PDCA-Zyklus | ‚Plan-Do-Check-Act‘-Zyklus, steht für die Planungsschritte (Plan), Durchführungsschritte (Do), Überprüfungs- (Check) und Anpassungsschritte (Act) innerhalb eines Gesamtprozesses |
| PDFR | Diakoniestation Bethel Friedrichshain |
| PDL | Pflegedienstleitung |

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

1 Einleitung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.1.3 Ausblick

Qualität ist nicht nur ein Thema des DwB und seiner Einrichtungen. Die Veröffentlichungen der Auswertungen der Berichte des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (im Folgenden: MDK) Ende 2007 durch seinen Spitzenverband haben den Bedarf nach Transparenz im Umgang mit qualitätsrelevanten Daten und Vergleichsmöglichkeiten für Interessenten deutlich werden lassen. Der Anforderung nach Transparenz und Vergleichbarkeit ist nun auch der Gesetzgeber im Rahmen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes gefolgt. Der MDK bewertet seit 2009 die nach einheitlichen Kriterien geprüften Einrichtungen nach Schulnoten und veröffentlicht die Ergebnisse im Internet.

Bereits 2007 nahm das DwB an mehreren Initiativen teil, wie die des Berliner Senats zur Schaffung einer Pflegeheimdatenbank oder der zur Sammlung von Einrichtungsdaten, die anschließend im Rahmen einer Serie zum ‚Pflegeheimvergleich‘ vom Berliner ‚Tagesspiegel‘ veröffentlicht wurden.

Um die Einrichtungen des DwB mit ihren Stärken, aber auch mit allen ‚Ecken und Kanten‘ darzustellen und dem Informationsbedürfnis der Interessenten entgegenzu-

kommen, werden bereits seit Anfang 2008 alle internen wie auch alle von der Heimaufsicht (im Folgenden: HA) und dem MDK erstellten Berichte im Internet vollständig veröffentlicht, obwohl sie dem Leser wegen ihres Umfangs ein gewisses ‚Durchhaltevermögen‘ abverlangen.

1.2 Kriterienauswahl

Die Prüfkriterien der Internen Revision in Medizin und Pflege waren anfangs sechs Kategorien zugeordnet – Bauliches / Wohnlichkeit / Orientierung, Ordnung / Sauberkeit / Hygiene, Konzepte / Standards, pflegerisch-/ärztliches / therapeutisches Management, Ergebnisqualität: Zustand der Patienten / Bewohner sowie der Ergebnisqualität: Dokumentation – die sich an den geltenden Katalogen des MDK und der HA orientierten. Darüber hinaus wurden bethelspezifische Besonderheiten und Ansprüche abgefragt.

Mit dem aktuellen ‚Bundesrahmenhandbuch‘ Diakonie-Siegel Pflege (DSP) und dem ‚KTQ-Manual‘ liegen Prüfkataloge vor, die die Kriterien des MDK und der HA enthalten und gleichzeitig über den gesetzlichen Rahmen hinausgehen. Hieran werden die Qualitätsmanagementsysteme der Einrichtungen, ihre Regelungen und Verfahren gemessen.

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

Aufgrund der seit Jahren stabilen Ergebnisse auf hohem Niveau (vergleiche die Qualitätsberichte des Konzerns der letzten Jahre unter http://www.bethelnet.de/index2.php?site=ueberuns_qualitaetsentwicklung) 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 von zwei auf drei Auditoren aufgestockt.

Im folgenden Kapitel werden die Strukturdaten der Einrichtungen dargestellt.

2 Allgemeine Angaben zur Einrichtung

| | | |
|---|--|-----------------|
| Datum der Prüfung | von: 27.02.2013 | bis: 28.02.2013 |
| Uhrzeit / Thema der Revisionstage | | |
| 1. Tag: | von: 09.00 | bis: 16.30 Uhr |
| 2. Tag | von: 09.00 | bis: 16.30 Uhr |
| Anwesende Personen: | | |
| Prüfer / Gutachter: | | |
| 1. Herr Dietel, SMG | | |
| 2. Frau Wortmann, SZKÖ | | |
| 3. Frau Zander, SZFR | | |
| Gesprächspartner der Einrichtung: | | |
| 1. Herr Knollmann, HGF | 8. Frau Allerdings, stellv. WBL | |
| 2. Frau Möller, GF / PDL | 9. Herr Bunzel, HKLTG | |
| 3. Frau Jung, stellv. PDL / WBL | 10. Frau Riesner, WVLTG | |
| 4. Frau Heinemann, QMB | 11. Frau Pietsch, HWLTG | |
| 5. Frau Fuchs, WBL | 12. Herr Piepenstock, TDLTG | |
| 6. Herr Detert, WBL | 13. Frau Lorek, Diätassistentin | |
| 7. Frau Botterbusch, WBL | Mitarbeiter aus den Abteilungen | |
| Wann wurde die Einrichtung zuletzt von anderen Qualitätsprüfungsinstitutionen besucht | | |
| Begutachtung zur Systemförderung DIN EN ISO 9001:2008 u. Diakonie Siegel Pflege im Juni 2011 | | |
| Regelprüfung nach §§114ff. SGB XI durch den MDK im Juli 2012 | | |
| Name und Träger der Einrichtung sowie verantwortliche Personen mit Angabe der Qualifikationen: | | |
| Name der Einrichtung: | Seniorenzentrum Bethel Bad Oeynhausen | |
| Gesellschafter: | Diakoniewerk Bethel gemeinnützige GmbH | |
| Heimleiter / HG: | Joachim Knollmann | |
| PDL / Geschäftsführerin: | Cornelia Möller | |
| Stv. PDL: | Madlen Jung | |
| Seit wann besteht die Einrichtung? | | |
| seit 1977 | | |
| Welche Zusatzleistungen / Spezialisierungen werden von der Einrichtung angeboten? | | |
| keine | | |

Art der Einrichtung und Versorgungssituation

| | |
|--------------------|---|
| Bettenanzahl: | 187, davon 25 eingestreuse Kurzzeitpflegeplätze |
| Aktuelle Belegung: | 174 |
| Auslastung in %: | 93,05% |

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

| | | Stand: 25.02.2013 |
|----|------------------------------------|-------------------|
| a. | Wachkoma | 0 |
| b. | Beatmungspflicht | 0 |
| d. | Dekubitus (Grad 2, neu entstanden) | 0 |
| c. | Blasenkatheter | 22 |
| e. | PEG-Sonde | 5 |
| f. | freiheitseinschränkende Maßnahmen | 58 |
| g. | Kontraktur | 55 |
| h. | Vollständige Immobilität | 22 |
| i. | Tracheostoma | 0 |
| j. | MRSA | 3 |
| k. | Diabetes Mellitus | 26 |

Struktur der Wohn- und Pflegebereiche / Stationen bzw. Patienten im Rahmen ambulanter Versorgung

| Wohnbereich | geht über Ebenen | | Anzahl Wohnplätze | | | | davon nach SGB XI eingestuft in Pflegestufe | | | | | | A | |
|--------------------|------------------|----|-------------------|------------|---|----|---|------------|-----------|-----------|-----------|------------|----------|----------|
| | 1 | >1 | 1 | 2 | 3 | >3 | Belegung / | 0 | I | II | III | Härtefälle | | |
| Kleeblattalle | x | | 7 | 17 | | | | 2 | 9 | 12 | 4 | | 1 | |
| Sonnenblumen-allee | x | | 7 | 17 | | | | 3 | 9 | 17 | 7 | | | |
| Rosenallee | x | | 7 | 17 | | | | 1 | 8 | 14 | 10 | | | |
| Enzianpark | | x | 50 | 12 | | | | 8 | 40 | 11 | 1 | | | |
| Tulpenallee | x | | 14 | 1 | | | | 4 | 12 | 1 | 0 | | | |
| Gesamt: | | | | 149 | | | | 175 | 18 | 78 | 55 | 22 | 0 | 1 |

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

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

Zusammensetzung Pflegepersonal (MDK 3.8)

| Qualifikationen | Vollzeit | | Teilzeit | | Gesamt- | Geringf. Beschäftigte | |
|------------------------|--------------|----------------|--------------|---------------|----------------|-----------------------|---------------|
| | Anzahl MA | Stunden | Anzahl MA | Stunden | | Anzahl MA | Stunden |
| Krankenschwestern | 5,00 | 200,00 | 0,50 | 20,00 | 220,00 | 0,33 | 13,20 |
| Altenpfleger/-innen | 14,00 | 560,00 | 3,50 | 140,00 | 700,00 | 0,33 | 13,20 |
| Pflegehilfskräfte ohne | 11,00 | 440,00 | 12,15 | 486,00 | 926,00 | 2,64 | 105,60 |
| Pflegehilfskräfte mit | 4,00 | 160,00 | 3,75 | 150,00 | 310,00 | 0,00 | 0,00 |
| Auszubildende | 6,00 | 240,00 | 0,00 | 0,00 | 240,00 | 0,00 | 0,00 |
| Gesamt: | 40,00 | 1600,00 | 19,90 | 796,00 | 2396,00 | 3,30 | 132,00 |

3 Prüfkatalog Diakonie-Siegel Pflege, Version 2³

3.1 Maßnahmenplan

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

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

3.2 Führungsprozesse

3.2.1 Führung, Politik und Strategie

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|--|--|
| F 1.5 Managementbewertung | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| 2012 Ziele F: Tiergestützte Therapie - wurde von Bewohnern sehr gut angenommen - soll 2013 ausgebaut werden. F: Fitnessprogramm für Mitarbeiter. F: Palliativ-Kompetenz stärken und ausbauen - Abschluss: Zertifizierung. Weitere Projekte - Ausbau Tulpenallee (inkl. behindertengerechter Badezimmer) - Abnahme, Umzug der Verwaltung. | |
| 2013 Ziele / Projekte - Tiergestützte Therapie - Vögel, Kaninchen - Vollieren wurden gebaut. Deren Bestückung wird durchgeführt, wenn das Wetter besser wird. Tierbetreuer wurden gefunden, die tierärztliche Betreuung wurde geklärt, hygienetechnisch wurden die notwendigen Voraussetzung geschaffen. N: Managementbewertung 2012 | |

3.2.2 Personal

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|--|--|
| F 2.1.2 Personalakquise (V2) | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| F: Im Rahmen der Einrichtungsziele wird ein Sportangebot für Mitarbeiter vorgehalten. F: Befristete Verträge werden im Bereich der Fachkräfte nur noch bei Berufseinsteigern vergeben, ansonsten erhalten erfahrene Fachkräfte unbefristete Verträge. F: Die Einrichtung beschäftigt zur Zeit sechs Auszubildende. | |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|---|---|
| F 2.2.1 Dienst- und Tourenplanung (V4) | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| F: Die Dienstpläne (Wohnbereiche Kleeblatt und Sonnenblume) sind nicht vier Wochen vor Gültigkeit ausgehängt. | H: Die Dienstpläne müssen vier Wochen vor Gültigkeit ausgehängt werden. Das bedeutet, dass sie vorher erstellt und freigegeben werden müssen. |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|---|--|
| F 2.2.2. Urlaubsplanung und Abwesenheitszeiten (V5) | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| F: Die Regelung ist umfassend. | |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|--|--|
| F 2.2.3 Interne Kommunikation (V7) | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| F: Die Regelung weist alle Besprechungsarten - interne wie externe - umfänglich aus. | |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|---|--|
| F 2.3.1 Stellen- und Aufgabenbeschreibung (V1), M 1.2a Ex. Krankenpfleger (V4), M 2.3 Wäschereimitarbeiter (V4), M5.1 Leiter Technischer Dienst u. SiBe (V4), M11 Stellenbeschreibung Koch (V1) | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| F: Die Regelung sowie die gesehene Stellenbeschreibungen sind umfassend. Sie nehmen alle Kriterien der Anforderung auf. | |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|---|--|
| F 2.3.2 Einarbeitung neuer Mitarbeiter (V3), F 2.3.8M03 Einarbeitungsprotokoll Ehrenamtliche (V1) | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| F: Die vorhandenen Regelungen sind ausführlich und - bezogen auf die Anforderungen - vollständig und umfassend. | |
| F: Die 'unerwünschte' Fluktuation ist in der Einrichtung sehr niedrig. Neue Mitarbeiter melden, ob ihre Einarbeitung umfassend war oder das Einarbeitungskonzept ergänzt werden sollte. | |
| N: Einarbeitungsprotokoll 11.5.2012, Wohnbereich Sonnenblume, Checkliste | |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|--|--|
| F 2.3.4 Fort- und Weiterbildung (V9), M03 Fortbildungsbewertung (V5), M05 Themenerfassung Fortbildungsbedarf (V4), M06 Fachliteratur (V15) | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| <p>F: Gut: Für die Fort- und Weiterbildung wird ein Budget ausgewiesen. F: Die Fortbildungskosten und die -teilnahme werden von der QM-Beauftragten überwacht. Wenn MA an Pflichtfortbildungen nicht teilnehmen konnten, ist die Teilnahme zum nächst möglichen Termin obligatorisch.</p> <p>N: Managementbewertung 2012, Aufstellung der FB-Übersicht / Kostenübersicht 2012</p> | |
| <p>F: Zum Thema Dokumentation und MCC / Pflegediagnosen wurden noch keine Fortbildungen geplant. Dies geschieht, wenn das Projekt zur Einführung des Moduls Pflege beginnt.</p> | |
| <p>F: Fortbildungspunkte für Pflegefachkräfte werden noch nicht ausgewiesen.</p> | |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|---|--|
| F 2.3.5 Mitarbeitergespräche (V3) | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| <p>F: Die Regelung ist umfassend. In der Managementbewertung kommt zum Ausdruck, dass nicht alle geplanten Gespräche geführt werden konnten. Für das Jahr 2013 wurde als Ziel festgelegt, mit allen Mitarbeitern ein Gespräch zu führen.</p> <p>N: Managementbewertung 2012</p> | |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|---|--|
| F 2.3.7 Teamentwicklung (V1) | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| <p>F: Teamentwicklungsmaßnahmen werden beschrieben.</p> <p>F: Als neutraler Ansprechpartner steht die QM-Beauftragte allen Mitarbeitern zur Verfügung, denn sie ist als Stabsstelle der Geschäftsführung zugeordnet.</p> <p>F: Zu unterschiedlichen Gelegenheiten werden Maßnahmen für die Mitarbeiter geplant und umgesetzt, die den 'Wohlfühlfaktor' betreffen und ihn steigern sollen (z.B. freie Benutzung eines Massagesessels).</p> <p>F: Rückmeldungen aus Mitarbeitergesprächen und aus der anonymen Befragung können nicht miteinander verglichen werden, weil die anonymen Rückmeldungen keine Rückschlüsse auf Wohnbereiche oder Vorgesetzte zulassen (Mitarbeiter nutzen die Möglichkeit der freiwilligen Angabe des Wohnbereiches und der Berufsgruppenzugehörigkeit nicht).</p> | |

3.2.3 Qualitätsmanagementsystem

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|--|--|
| F 3.1 Aufbau des Qualitätsmanagementsystems (V2) | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| <p>F: Die Regelung ist umfassend. Die QMB ist in wichtige und qualitätsrelevante Prozesse einbezogen.</p> <p>N: Managementbewertung 2012</p> | |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|--|--|
| F 3.3 Fehlermanagement (V3) | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| F: Systematische Fehler wurden 2012 nicht dokumentiert. Die 'Trennschärfe' zwischen zufälligen und systematischen Fehlern wird zur Zeit thematisiert - die QM-Beauftragte berichtet, dass durch Fortbildungen die Mitarbeiter zunehmend sicherer im Umgang und der Bearbeitung von Fehlern werden. | |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|--|--|
| F 3.4 Korrektur- und Vorbeugungsmaßnahmen (V2), M01 Formular Verbesserungsvorschläge (V1), M02 VA Ideenmanagement – Betriebliches Vorschlagswesen (V1) | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| F: Im Rahmen des Korrektur- und Vorbeugemanagements werden auch Ideen der Mitarbeiter gesammelt und ausgezeichnet, | |
| F: Sicherheitsrelevante Themen wurden im Rahmen des Ideenmanagements von den Mitarbeitern nicht eingereicht. | |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|--|--|
| F 3.5 Beschwerdemanagement (V4) | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| F: Vereinzelt gab es Beschwerden zum Umgang mit der Bewohnerwäsche, die von Bewohnern und Angehörigen direkt vorgetragen wurden. Die anonyme Befragung 2012 zeigte ein positives Ergebnis. | |
| N: Internet: Befragungsergebnisse der letzten Jahre. | |

3.2.4 Sicherheit

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|---|--|
| F 4.1 Umgang mit Bewohnereigentum (V2) | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| F: Das Datum der nächsten Überarbeitung der Verfahrensanweisung fehlt. | H: Das Datum muss nachgetragen werden. |
| F: Im Apartment- und Pflegebereich wird für Wertsachen ein Safe angeboten, der im Zimmer der Bewohner eingebaut wird - hierfür erhebt das Seniorenzentrum eine Gebühr. Das Angebot wird insbesondere im Apartmentbereich von den Bewohnern genutzt. | |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|---|--|
| F 4.2 Arbeitsschutz (V1) | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| <p>F: Gut: Brandschutz inkl. Arbeitsschutz, Hygiene und Erste Hilfe werden im Rahmen von zwei Fortbildungstagen angeboten, deren Teilnahme für alle Mitarbeiter Pflicht ist. Die Zusammenlegung der Themen auf einen Tag ist auf den Vorschlag des Zertifizierers des letzten Jahres zurückzuführen. Es ist leichter, auch die Teilzeitbeschäftigten in das Pflichtangebot zu integrieren.</p> <p>F: Logistische Probleme - wie ausreichende Räumlichkeiten, die den Teilnehmern Platz bieten, konnten gelöst werden. Der Aufbau des Fortbildungsprogramms 2013 ist ein Versuch. Ende 2013 wird ausgewertet, ob dieses Angebot von mehr Mitarbeitern wahrgenommen werden konnte, als bisher üblich.</p> <p>F: Weitere sicherheitsrelevante Themen: Medizinprodukte.</p> <p>F: Nationale Expertenstandards: Dekubitus-, Ernährungs-, Schmerzmanagement etc. werden im Rahmen des Fortbildungsprogramms angeboten (alle sieben Themen).</p> | |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|---|---|
| F 4.2 Arbeitsschutz (V1) | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| <p>F: Die Mitarbeiter werden im Umgang mit den Liftern und Betten geschult. F: Die Anwendung wird bei Bewohner- und Mitarbeitervisiten überprüft. F: Die Anwendung der Hilfsmittel zur Entlastung des Rückens kann indirekt im Rahmen der ASA-Sitzungen aus Rückmeldungen der Betriebsärztin bezüglich der Anzahl der Erkrankungen des Bewegungsapparates entnommen werden, Zur Zeit gibt es hierzu keine Auffälligkeiten.</p> | |
| <p>F: Die letzte Gefährdungsanalyse fand 2012 zum Thema Biostoffe statt. F: Für dieses Jahr sind weitere Gefährdungsanalysen geplant. F: Allgemeine Hinweise: Persönliche Hygiene, Händehygiene, Schutz- und Arbeitskleidung, Grundregeln im Umgang mit kontaminierter Wäsche etc. sollen weiter beachtet werden. Spezielle Maßnahme zur Entsorgung kontaminierter Wäsche: Wäschesäcke für kontaminiertes Material sind nun stärker umwandet. N: Gefährdungsbeurteilung §§ 6 und 7 gemäß Biostoffverordnung 30.10.2012</p> | <p>E: Inkontinenzmaterialien sollten zunächst in kleinere Müllsäcke gepackt bevor sie in den großen blauen Müllsack entsorgt werden, um der Geruchsbelästigung vorzubeugen. Ggf. kann das Seniorenzentrum Bethel Köpenick konsultiert werden, da hier das System angewandt wird und im Vergleich zu anderen geruchsbindenden Systemen preisgünstig ist.</p> |
| <p>F: 2012 gab es neun Arbeitsunfälle - diese gingen nicht auf systemische Probleme zurück sondern liegen im Bereich der "zufälligen" und "schicksalhaften" Fehler. Diese können vom Arbeitssicherheitsausschuss nicht behoben werden. N: Protokoll Arbeitssicherheitsausschuss, 11.9.2012 / 4.12.2012</p> | |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|---|--|
| F 4.3 Brandschutz (V2), Brandschutzordnung (V5) | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| <p>F: Die letzte Brandschutzbegehung fand im Juli 2010 statt (CO2-Warnanlagen, Brandmelde- und Alarmanlagen, Löscheinrichtungen etc.). Maßnahmen: Flucht- und Rettungswegpläne wurden aktualisiert und im Rahmen einer erneuten Überprüfung abgenommen. N: Protokoll vom 23.-24.6.2010</p> | |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|--|--|
| F 4.4 Wartungs- und Kontrollsystem (V2), F 4.4M1.1 TD Kontrollen_wöchentlich (V7) | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| F: In der Regelung wird auf weiterführende mitgeltende Dokumente verwiesen, die alle Aspekte der Anforderung abdecken. | |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|---|--|
| F 4.5 Hygiene (V3), M05 Vorgehen bei Verdacht bzw. Auftreten v. Epidemie oder Pandemie (V3) | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| <p>F: Hygieneaudits fanden statt, Maßnahmen wurden abgearbeitet.</p> <p>F: Maßnahme nach der Begehung des Gesundheitsamtes: Ein Einhebelmischer (Händedesinfektionsmittel) wurde installiert.</p> <p>F: Maßnahme nach interner Hygienebegehung: Trennung von 'rein' / 'unrein' auf den Reinigungswägen; Sicherstellung, dass nur trockene Wischbezüge verwendet werden; Handschuhe der Reinigungsmitarbeiter müssen durch diese zwischen den Reinigungsschritten gewechselt bzw. nach jedem durchgeführten Prozess desinfiziert werden - geprüft wird die Anschaffung von Einmalhandschuhen, die speziell auf die Bedürfnisse der Reinigungsmitarbeiter abgestimmt sind.</p> <p>N: Protokoll der Hygienebegehung, September 2012 / Gesundheitsamt, 8.1.13</p> | |

3.3 Kernprozesse

3.3.1 Pflege

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|---|---|
| K 1.3 Erstkontakt, Erstgespräch (V7), K 1.3M02 Erstgespräch , M07 Checkliste zum Einzug (V3), | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| F: Die Regelung und die mitgeltenden Dokumente sind umfassend. Eine Checkliste für den Erstkontakt existiert nicht - in der Regelung wird jedoch auf die Aufgaben des Empfangs eingegangen. | |
| F: Für Erstkontakte steht den Mitarbeitern zur Dokumentation der Daten der Interessenten eine Excel-Liste zur Verfügung. Interessenten werden von der Rezeption an den Bereitschaftsdienst der Einrichtung weitergeleitet. Das Seniorenzentrum ermöglicht Aufnahmen rund um die Uhr, wenn es gewünscht wird. F: Beim Erstgespräch werden diakonische Bedürfnisse der Interessenten erfragt. N: Erhebung Erstkontakt Aufnahme / Managementbewertung 2012, 2.4 Erstkontakt, Erstgespräch | E: Die Aspekte sollten zur nächsten Überarbeitung der Regelung zum Erstkontakt ausgeführt werden. |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|--|--|
| K 1.4 Aufnahme (V5), K 1.4M01 Pflegebogen für Neuaufnahme, Rückverlegung KH, Entlassung (V8), K 1.4M02 Checkliste vor Einzug AP (V4), K 1.4M03 Checkliste bei Neueinzug Pflege (V2) | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| F: Die Regelungen sind umfassend - für alle Berufsgruppen existieren Checklisten, die ausweisen, wer was wann zu erledigen hat, so dass am Einzugstag der Bewohner ein vollständig eingerichtetes Zimmer vorfindet. Darüber hinaus werden alle Beteiligten des Versorgungsprozesses über eine bevorstehende Aufnahme informiert. | |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|---|--|
| K 1.5 Pflegeprozess, Pflegeplanung (V4) | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| F: Prospektiv werden Evaluationen in den Pflegeplanungen noch nicht festgelegt. | E: Die Evaluationszeitpunkte sollten dem Zustand gemäß angepasst werden, weil dieser Aspekt die 'Individualisierung' des Pflegeprozesses sicherstellt. |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|--|--|
| K 1.6 Pflegedokumentationssystem (V12) | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| F: Die Regelung ist umfassend. | |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|--|---|
| K 1.7 Pflegestandards | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| <p>F: WB 2 Sonnenblume, Bewohnerin R.: erhält Schmerzmittel (BTM) - Dokumentation umfassend.</p> <p>F: Schmerzen, chronisch: auf Nachfrage Schmerzen in Händen und am Rücken (Osteoporose). Anamnese / Pflegeplanung / Evaluationen / Pflegebericht / Schmerzprotokolle wurden bzgl. der Schmerzsymptomatik und des Verlaufes geprüft - Einträge sind umfassend. BTM-Applikationen werden vollständig geführt, der Bestand ist aktuell.</p> <p>F: Die erste Evaluation der Planung fand vier Monate nach der Planungsanlage statt.</p> <p>F: Es liegen viele unterschiedliche Formulare zum Schmerz vor (Bericht, Arztvisite, Schmerzprotokoll).</p> | <p>H: Die Evaluation der Maßnahmen muss zeitnah nach der ersten Maßnahme und der Planung erfolgen, erst wenn ein Muster erkennbar ist, das stabil bleibt, können größere Evaluationsintervalle festgelegt werden.</p> <p>E: Die Anzahl unterschiedlicher Dokumentationsformulare sollte reduziert werden.</p> |
| <p>F: Hr. R. - Kontrakturrisiko - Assessment: Schonhaltung wg. Schmerzen (--> Schmerzmittel) (Kontrakturbewertung).</p> <p>F: Dokumentation ist umfassend.</p> | |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|--|--|
| K 1.7 Pflegestandards | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| F: Dekubitusmanagement: Wunddokumentation Frau Ri. - MRSA-Besiedlung - aus der Geriatrie einer Klinik 'mitgebracht') F: Dokumentation umfassend. | |
| F: Dekubitusmanagement: Fr. E. - Verlauf seit 2008 erkennbar: Zur Aufnahme bestand noch keine Dekubitusrisiko (konnte am Rollator noch kurze Strecken gehen), inzwischen ist Frau E. bettlägerig. Das Dekubitusrisiko wird in der aktuellen Planung beschrieben. F: Die Bewohnerin erhält sowohl Maßnahmen der Ergotherapeuten als auch der zusätzlichen Betreuungsassistenten. Die Planungen wurden angelegt und evaluiert, die Pflegeberichte sind auf die Planung abgestimmt, aussagekräftig und frei von Bewertungen. F: Der Leistungsnachweis der Sozialen Betreuung (K 3.2 M10) belegt die Beteiligung aller Berufsgruppen an den Maßnahmen (Unterschiedliche Farben der Berufsgruppen) sowie der spezifischen Leistungen. | E: Die Einrichtung sollte überlegen, ob die Leistungen auf dem Leistungsnachweis Ziffern bekommen und nicht Akronyme, die sich zum Teil in den kleinen Feldern schwer erkennen lassen. |
| F: WB 5 - Tulpenallee, Ernährungsmanagement: BMI-Liste - alle Bewohner mit niedrigem BMI. F: Hr. S: Gewichtsverlauf dokumentiert - niedriger BMI: Energie-Kost 2x täglich (hochkalorisch, selbst hergestellt in der hauseigenen Küche). Die Küche wird von der Diätassistentin über besondere Kostformen informiert. Die Diätassistentin besucht die neuen Bewohner routinemäßig nach deren Aufnahme und erstellt eine Ernährungsanamnese. Ursache des Gewichtsverlustes könnte im vorliegenden Fall eine Depression sein - Ursachen wurden jedoch ärztlicherseits nicht geklärt. N: Beratungsprotokoll (17.11.12), BMI, Ernährungsanamnese (15.6.11), MNA-Assessmentbogen (29.1.13) | |
| Sturzmanagement: Hr. R., Sturzrisikoerhebung ist vorhanden - nach jedem Sturz wurde ein Protokoll angefertigt (5 Stürze 2013) - Bewohner blieb unverletzt. | |
| F: Gut: Viele Standards zur Behandlungspflege wurden auf Empfehlungen des MDK 'abgelegt', denn die Mitarbeiter können auf Fachliteratur zurückgreifen. Hierdurch wurde die Dokumentation 'entbürokratisiert'. | |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|---|--|
| K 1.9 Umgang mit Medikamenten (V8) | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| F: Auf allen Tropfenflaschen und Medikamentenschachteln werden Anbruchs- und Verfallsdaten vermerkt. Die Leitungen überprüfen die Medikamentenschränke laufend, 2x jährlich jedoch gründlich. | |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|--|--|
| K 1.10 Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen (V5), K 1.10 M01 Amtsgericht, Einverständnis freiheitsbeschränkende Maßnahmen | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| F: Der Begriff 'Fremdgefährdung' bezieht sich auf vorübergehende Zustände von Bewohnern, nicht auf solche, die permanent aggressiv auftreten. Letzteres führt zur Verlegung der Betroffenen in spezialisierte Einrichtungen. | |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|---|--|
| K 1.11 Pflegevisite | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| F: Alle Auditoren der Pflegevisiten (z.B. Wohnbereichsleitungen) führen ihre Visiten zu 50% auf anderen Wohnbereichen durch. F: Gut: Die Auswertungen werden laufend von der QM-Beauftragten geprüft und bei Auffälligkeiten Maßnahmen eingeleitet. Die Wirksamkeit der Maßnahmen wird im Rahmen der anschließend durchgeführten Pflegevisiten geprüft. N: Jahresvisitenplan 2013, Auswertungsübersicht | |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|--|--|
| K 1.12 Pflegeüberleitung (V7), K 1.12M01 Checkliste Krankenseinweisung (V3) | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| F: Die Regelung ist ausreichend. Gut: Für den Fall, dass ein Bewohner ins Krankenhaus verlegt werden muss, ist die Kontaktpflege zu Angehörigen und zum Bewohner geregelt. | |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|---|---|
| K 1.13 Verhalten in Notfallsituationen (V7) | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| F: Regelung beginnt mit klarer Gliederung, verliert im erläuternden Teil aber an Verständlichkeit. Die Darstellung der Maßnahmen im Nachgang zu einem Notfall sind umfassend. | E: Die Regelung sollte überarbeitet und angepasst werden. |
| F: 2012 gab es keine medizinischen Notfälle. | |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|---|--|
| K 1.14 Umgang mit Sterben und Tod (V5) | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| F: Die Einrichtung hat sich zertifizieren lassen: Sie ist Teil eines umfangreichen Netzwerkes im Rahmen der Palliativversorgung. Die Regelung ist umfassend. | |
| F: Gut: Das Palliativ-Konzept wurde wegen steigender Nachfrage ausgebaut (z.B. Zusatzqualifikation Palliativ-Care, Beitritt ins Netzwerk Palliativversorgung, Zertifizierung des Systems). F: Eine systematische Befragung der Hinterbliebenen findet nicht statt, weil systematische Befragungen den Betroffenen nicht zugemutet werden können. Freiwillige Rückmeldungen weisen darauf hin, dass das Palliativkonzept der Einrichtung den Erwartungen der Angehörigen entspricht (z.B. hinsichtlich der 24-Std.-Erreichbarkeit von Palliativmedizinern). | |

3.3.2 Beratung und Betreuung

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|---|--|
| K 3.1 Beratungskonzept (V3), K 3.1M01 Beratungsprotokoll (V3), K 3.1M03 Protokoll - Einsatz Pflegetelefon, K 3.1M02 Handlungsleitfaden Pflegetelefon (V1) | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| F: Die Regelung ist umfassend. | |

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

4 Begutachtungen

4.1 Begutachtungen von Wohnbereichen⁴

4.1.1 Wohnbereich Kleeblattallee

| | |
|------------------------------|-------------------------|
| Datum: | 28.2.2013 |
| Begleitpersonen / Leitungen: | Frau Fuchs, Herr Dietel |

| Subkategorie | Kriterium / Subkriterium | Kommentar |
|--|---|--|
| F 4.2 Arbeitsschutz* | Hautschutzplan der BGW / Hygieneplan* | |
| | 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)* | Gebrauchsanleitungen liegen vor (Therapeutisch), Standard Pumpen für PEG-Sonden. |
| | Notfallausstattung* | Verbandskoffer - gewartet. |
| | Funktionskontrolle der Medizinprodukte durch die Mitarbeiter des Bereiches* | BZ-Gerät wird wöchentlich kontrolliert, der Normalwert ist auf dem Nachweisdokument nicht verzeichnet. E: Auf den Nachweisdokumenten sollte das Spektrum der Normalwerte verzeichnet sein (wie bspw., auch bei der Kühlschranktemperatur). |
| | 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)?* | |
| | 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 gepflegt - die Funktionsräume sind aufgeräumt, die Nachtstühle geputzt. |
| 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 Medikamente / Verordnung)?* | iO |
| | BTM – Buch und Aufbewahrung (Vollständigkeit) / Verblistierung / Vier-Augen-Prinzip* | t.n.z. |
| K 2.2 Wohnraumgestaltung ** | Gestaltung der Gemeinschaftsräume** | iO |
| | Gestaltung der Außenbereiche - Balkone / Gehwege / Bepflanzungen** | t.n.z. |
| | Erscheinungsbild der Flure / Gestaltung der Sitzgelegenheiten / Informationstafeln etc.** | iO |
| | Veranstaltungsübersicht** | 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? ** | Wenig und nicht auf dem gesamten Wohnbereich: Geruch nach Urin. |
| | Sanitärbereiche und Funktionsräume** | iO |
| | Sauberkeit und Ordnung in Gemeinschaftsräumen** | iO |
| | Sauberkeit der Umgebung: Fenster, Sonnenschutz / Jalousien ** | iO |
| | Sauberkeit Verteilerküchen** | iO |
| U 1.5 Beschaffung und Lagerung | | |
| Diakonisch-Kirchliche Angebote * | Leitbilder gut sichtbar und bewohnerorientiert angebracht?* | iO |
| | Ausstattung der Bewohnerzimmer / Büros mit Neuem Testament (NT)* | iO |
| | Angebotsübersicht gut sichtbar?* | 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)* | Gerichtsbeschluss / Leistungsnachweise / Berichte - die Anwendungen werden überprüft, die Reaktionen des Bewohners werden dokumentiert - es finden Fallbesprechungen statt, wenn es darum geht, die Verfügung zu verlängern. |
| | 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? | Zum Teil - wenn Bewohner aus dem Krankenhaus übernommen werden - erfahren die Pflegekräfte hiervon kurzfristig. |
| | Kennen Sie die Ziele Ihrer Einrichtung? Kennen Sie die Ihrer Abteilung für dieses Jahr? Wissen Sie, wo Sie im Moment stehen? | Wohnbereichsziele: Einführung der Pflegediagnosen / jeden Monat eine jahreszeitbezogene Veranstaltung für die Bewohner anbieten; Einrichtungsziele: Kochen für Jung und Alt / Wohlfühlwochen für Mitarbeiter etc. |
| | Dienst- / Tourenplanung - Kap. 4.1.1 | (Kontinuität der Pflegefachkräfte ersichtlich? Gegeben?) |
| | Interne Kommunikation - Kap. 4.1.1 | |
| | Datenschutz - Kap. 4.3 (k113f) | |
| | | |
| Gesamtbewertung** | | Der Wohnbereich ist sehr sauber. Alle überprüften Prozesse wurden vollständig dargestellt. Der Dienstplan wird erst zwei Wochen vor Gültigkeit veröffentlicht. |

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 Sonnenblumenallee

| | |
|------------------------------|------------------------------|
| Datum: | 28.2.2013 |
| Begleitpersonen / Leitungen: | Fr. Klippenstein, 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)* | BZ-Geräte: E: Der aktuelle Grenzbereich der Kontrollstreifen sollte auf dem Nachweisdokument verzeichnet werden. Das BZ-Gerät wird wöchentlich kontrolliert. |
| | Notfallausstattung* | Keine Inspektion. |
| | Funktionskontrolle der Medizinprodukte durch die Mitarbeiter des Bereiches* | s.o. |
| | Beachtung des Datenschutzes* | iO |
| | Überwachung der Kühlschranktemperatur (dokumentiert?) | iO |
| | F 4.5 Hygiene** | Ausstattung Pflegewagen* / Arbeitsmittel im ausreichenden Umfang (Handschuhe, Händedesinfektionsmittel etc.) vorhanden?* |
| | Sauberkeit / Pflege der Rollstühle, Lifter und anderer Hilfsmittel* | iO - H: Der Gehstuhl ist fleckig und muss gereinigt werden. |
| | Veröffentlichung von Sicherheitsanweisungen, z.B. Verhalten im Notfall* | iO |
| | Erforderliche Hygienemaßnahmen bei Isolierten (Schutzkleidung, Hauben, Mundschutz, Handschuhe, Einmalkittel, Wäsche, Abwurf, Reinigung)?* | Zur Zeit liegen vier Personen mit einem MRSA auf dem Wohnbereich. |
| | Umgang mit reinem / unreinem Arbeitsraum / Arbeitsmitteln* | iO |
| | Lagerungshilfsmittel* | iO |
| | Lagerung der Verbandsmaterialien / Sterilgut* | Keine Inspektion. |
| | Kleidung der Mitarbeiter* | iO |
| | Gesamteindruck Sauberkeit und Hygiene ** | Der Bereich ist sauber und gepflegt. |

| 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 Medikamente / Verordnung)?* | iO |
| | | |
| | BTM – Buch und Aufbewahrung (Vollständigkeit) / Verblisterung / Vier-Augen-Prinzip* | iO |
| K 2.2 Wohnraumgestaltung ** | Gestaltung der Gemeinschaftsräume** | iO |
| | Gestaltung der Außenbereiche - Balkone / Gehwege / Bepflanzungen** | t.n.z (Winter). |
| | 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)** | iO |
| | Gerüche? ** | Leichte Uringerüche. |
| | Sanitärbereiche und Funktionsräume** | iO |
| | Sauberkeit und Ordnung in Gemeinschaftsräumen** | iO |
| | Sauberkeit der Umgebung: Fenster, Sonnenschutz / Jalousien ** | iO |
| | Sauberkeit Verteilerküchen** | iO |
| U 1.5 Beschaffung und Lagerung | | |
| Diakonisch-Kirchliche Angebote * | Leitbilder gut sichtbar und bewohnerorientiert angebracht?* | iO |
| | Ausstattung der Bewohnerzimmer / Büros mit Neuem Testament (NT)* | iO |
| | Angebotsübersicht gut sichtbar?* | 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? | Keine Nachfrage |
| | Kennen Sie die Ziele Ihrer Einrichtung? Kennen Sie die Ihrer Abteilung für dieses Jahr? Wissen Sie, wo Sie im Moment stehen? | Keine Nachfrage |
| | | |
| | Dienst- / Tourenplanung - Kap. 4.1.1 | (Kontinuität der Pflegefachkräfte ersichtlich? Gegeben?) |
| | Interne Kommunikation - Kap. 4.1.1 | |
| | Datenschutz - Kap. 4.3 (k113f) | |
| | | |
| Gesamtbewertung** | | Alle nachgefragten Prozesse wurden umfassend beantwortet - der Bereich ist sauber und gepflegt. Der Dienstplan muss mindestens 4 Wochen vor seiner Gültigkeit aushängen, nicht später. |

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 Rosenallee

| | |
|------------------------------|--------------|
| Datum: | 28.2.2013 |
| Begleitpersonen / Leitungen: | Fr. Wortmann |

| 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* | Keine Bewertung. |
| | 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)?* | t.n.z. |
| | Umgang mit reinem / unreinem Arbeitsraum / Arbeitsmitteln* | iO |
| | Lagerungshilfsmittel* | iO |
| | Lagerung der Verbandsmaterialien / Sterilgut* | iO |
| | Kleidung der Mitarbeiter* | iO |
| | Gesamteindruck Sauberkeit und Hygiene ** | Der Wohnbereich ist sehr sauber - alle Materialien für Menschen mit Infektionskrankheiten befinden sich vor Ort - auf anderen Wohnbereichen werden in diesen Fällen die Verfahrensanweisungen umgesetzt. |

| 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 Medikamente / Verordnung)?* | Keine Bewertung. |
| | | |
| | BTM – Buch und Aufbewahrung (Vollständigkeit) / Verblisterung / Vier-Augen-Prinzip* | iO |
| K 2.2 Wohnraumgestaltung ** | Gestaltung der Gemeinschaftsräume** | Sehr wohnlich - mit zahlreichen Einrichtungsdetails. |
| | Gestaltung der Außenbereiche - Balkone / Gehwege / Bepflanzungen** | Keine Bewertung. |
| | Erscheinungsbild der Flure / Gestaltung der Sitzgelegenheiten / Informationstafeln etc.** | Sehr viele Details lassen den langen Gang interessant und wohnlich erscheinen. |
| | Veranstaltungsübersicht** | Gut sichtbar - auch für Rollstuhlfahrer. |
| | Orientierungshilfen* | iO |
| K 2.3 Verpflegung * | Aktueller, gut lesbarer Speiseplan im Wohnbereich?* | iO |
| 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 / Büros 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? | Je nach Dringlichkeit werden Aufnahmen bekannt gemacht. |
| | Kennen Sie die Ziele Ihrer Einrichtung? Kennen Sie die Ihrer Abteilung für dieses Jahr? Wissen Sie, wo Sie im Moment stehen? | Die Befragte kannte die Ziele der Einrichtung und ihrer Abteilung. |
| | | |
| | Dienst- / Tourenplanung - Kap. 4.1.1 | (Kontinuität der Pflegefachkräfte ersichtlich? Gegeben?) |
| | Interne Kommunikation - Kap. 4.1.1 | |
| | Datenschutz - Kap. 4.3 (k113f) | |
| | | |
| Gesamtbewertung** | | Der Wohnbereich ist gut organisiert - die Reinigungsleistungen sind sehr gut - alle gesehenen Bereiche waren sehr sauber. Viele Details machen den Wohnbereich wohnlich. |

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).

4.1.4 Wohnbereich Enzianpark

| | |
|---------------------------------|------------------------------------|
| Datum: | 28.2.2013 |
| Begleitpersonen / Leitungen: | Fr. Möller, Hr. Detert, Fr. Zander |

| Subkategorie | Kriterium / Subkriterium | Kommentar |
|--|---|--|
| F 4.2 Arbeitsschutz* | Hautschutzplan der BGW / Hygieneplan* | |
| | Frage aus F 4.5: Aushang aktueller Hygiene- und Desinfektionspläne? Wird Hautschutz mit in die Hinweise eingeschlossen? Mitarbeitern bekannt? | |
| 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?) | Keine Inspektion. |
| | F 4.5 Hygiene** | Ausstattung Pflegewagen* / Arbeitsmittel im ausreichenden Umfang (Handschuhe, Händedesinfektionsmittel etc.) vorhanden?* |
| | 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* | t.n.z. |
| | Kleidung der Mitarbeiter* | iO |
| | Gesamteindruck Sauberkeit und Hygiene ** | Die Sauberkeit und Hygiene ist sehr gut. |

| 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 Medikamente / Verordnung)?* | iO |
| | | iO |
| | BTM – Buch und Aufbewahrung (Vollständigkeit) / Verblisterung / Vier-Augen-Prinzip* | iO |
| K 2.2 Wohnraumgestaltung ** | Gestaltung der Gemeinschaftsräume** | Sehr wohnlich. |
| | Gestaltung der Außenbereiche - Balkone / Gehwege / Bepflanzungen** | Keine Bewertung. |
| | Erscheinungsbild der Flure / Gestaltung der Sitzgelegenheiten / Informationstafeln etc.** | Sehr detail- und einfallsreiche Gestaltung - sehr wohnlich. |
| | Veranstaltungsübersicht** | Gut gestaltet und gut lesbar auch für Rollstuhlfahrer. |
| | Orientierungshilfen* | iO |
| K 2.3 Verpflegung * | Aktueller, gut lesbarer Speiseplan im Wohnbereich?* | iO |
| 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** | Keine Bewertung. |
| U 1.5 Beschaffung und Lagerung | | |
| Diakonisch-Kirchliche Angebote * | Leitbilder gut sichtbar und bewohnerorientiert angebracht?* | iO |
| | Ausstattung der Bewohnerzimmer / Büros mit Neuem Testament (NT)* | iO |
| | Angebotsübersicht gut sichtbar?* | 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 |
|--------------------------|---|--|
| | FeM: Bei Freiheitsentziehenden Maßnahmen: liegt Gerichtsbeschluss vor? (Stichprobe)* | t.n.z. |
| | 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? | |
| | Kennen Sie die Ziele Ihrer Einrichtung? Kennen Sie die Ihrer Abteilung für dieses Jahr? Wissen Sie, wo Sie im Moment stehen? | |
| | Dienst- / Tourenplanung - Kap. 4.1.1 | Dienstplan von Februar 2013 ist am 03.01.2013 erstellt und am 5.1. freigegeben. H: Zur Planungssicherheit des Personals müssen Dienstpläne mindestens vier Wochen vor ihrem Inkrafttreten veröffentlicht werden. |
| | Interne Kommunikation - Kap. 4.1.1 | Keine ehrenamtlichen MA auf dem Apartmentbereich. |
| | Datenschutz - Kap. 4.3 (k113f) | |
| | | |
| Gesamtbewertung** | | Der Wohnbereich ist sehr sauber, geeignete Hygienemaßnahmen werden bei Infektionen durchgeführt. Der Bereich ist detailreich ausgestattet und erscheint sehr wohnlich. |

Legende:

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

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

4.2 Begutachtungen von Bewohnern

4.2.1 Bewohner 1

| | | | | | |
|---|--|--------------------------------------|---|---|---------------|
| Datum: | 28.2.13 | | | Geb.Datum: | |
| Name, Vorname: | | | | Bereich / Abteilung: | |
| Betreuer: | Vom Amtsgericht bestellter Betreuer | | | Pflegestufe: | 2 |
| Derzeitige Situation: | Dekubitusrisiko - Mobilisation in den Rollstuhl, mit dem sich der Bewohner selbstständig durch die Einrichtung bewegen kann - erhält Gehtraining seitens eines Physiotherapeuten; akzeptiert keine Lagerung - lagert sich selbst und verletzt teilweise seine Haut im Bereich des Gesäßes - zur Zeit aber intakte Haut - keine Wunden; kann sich Intimbereich waschen und wäscht sich an der Bettkante den Oberkörper; kann vor dem Bett mit Hilfe stehen. Zeitweise inkontinent (Urin / Stuhlgang)- versucht aber, selbstständig zu bleiben. Trinken / Nahrungsaufnahme selbstständig und gut. Kontrakturen in der rechten Schulter, dem re. Ellenbogen, der re. Hüfte. Gibt keine Schmerzen an. Wunddokumentation vorhanden. | | | | |
| Medizinische Diagnosen: | Seit August 2012 in der Einrichtung. Apoplex 2011 - Parese rechts (inkomplett). Einschränkung der Alltagskompetenz in der Folge des Schlaganfalls. Diabetes mellitus - lehnt Medikamente ab. Marcumarpflichtig. PEG-Anlage (im Krankenhaus) - PEG wird nicht mehr gebraucht. | | | | |
| 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: | Verband. | Hüften: | iO | Gluteal / Sakral | iO |
| Analgegend: | iO | Leistenbereich: | iO | Intimbereich: | iO |
| Fuß/Ferse/Fußnägel: | Keine Inspektion. | Zehenzwischenräume: | Keine Inspektion. | Hautzustand: | iO |
| Ernährungszustand: | Diabetes mellitus - isst viele Süßigkeiten - hält sich nicht an die Diät. | PEG/Sondennahrung: | Keine Anwendung - PEG soll nicht gezogen werden. | ggf. Ödeme: | t.n.z. |
| Wunden: | Einstichstelle der PEG. | Orientierung: | Eingeschränkt zeitweise situativ. | Schmerzen: | Keine Angabe. |
| DK: | t.n.z. | IKM: | Einlage. | | |
| Atmosphäre: | Sachlich. | Bett (auch: höhenverstellbar) | | Wandschmuck/Bilder | Persönlich. |
| Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel | Sehr sauber. | Gerüche: | Keine. | Kleidung: | Persönlich. |
| Nasszelle / WC: | Keine Inspektion. | Mobiliar: | Standard - neue Einrichtung. | | |
| Zufriedenheit: | | | | | |
| Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung): | Sucht sich die Angebote aus (-> Dokumentation). | | Essen: | "Ich esse besser hier, als zu Hause." | |
| Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten | Keine Angabe. | | Pflegerische Versorgung: | "Ich fühle mich sehr wohl - die (Mitarbeiter) sind toll." | |
| Medizinische Versorgung: | t.n.z. | | Therapeutische Anwendungen: | t.n.z. | |
| Sollte etwas verbessert werden? | "Ich bin wunschlos glücklich." / "Wichtig ist das Umfeld, das man sich wohlfühlt." | | Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner: | Angemessen, zugewandt. | |
| Bewertung: | | | | | |
| Sollte etwas verbessert werden? | | | | | |
| Gesamteindruck / Bewertung: | Der Bewohner wird pflegerisch angemessen versorgt und aktiviert. Der Bewohner äußert sich sehr zufrieden über seine Versorgung. | | + / - | | |

4.2.2 Bewohner 2

| | | | | | |
|---|--|-------------------------------|---|---|--|
| Datum: | 28.2.13 | | Geb.Datum: | | |
| Name, Vorname: | | | Bereich / Abteilung: | | |
| Betreuung: | | | Pflegestufe: | 1 | |
| Derzeitige Situation: | Zur Kurzzeitpflege (zum ersten Mal 2011) in der Einrichtung - Aufnahme wg. Verschlechterung der Allgemeinzustandes (Reduzierung des BMI). Hochkalorische Kost. Benötigt Unterstützung bei der Körperpflege und beim An- und Auskleiden. Besuch des Sohnes in regelmäßigen Abständen. Sturzgefährdung, wenn Bewohner ohne Rollator durch das Zimmer geht. | | | | |
| Medizinische Diagnosen: | Hirnorganisches Psychosyndrom, reaktive Depression, chron. Niereninsuffizienz. | | | | |
| Aktueller Zustand / Umfeld: | | | | | |
| Haare: | iO | Ohren: | iO | Augen: | iO |
| Lippen: | iO | Zähne: | Keine Inspektion. | Zahnfleisch: | Keine Inspektion. |
| Zunge: | Keine Inspektion. | Achseln: | Keine Inspektion. | Ellenbogen: | Keine Inspektion. |
| Finger / Fingernägel | iO | Schulterblätter: | Keine Inspektion. | Brust: | Keine Inspektion. |
| Bauchnabel: | Keine Inspektion. | Hüften: | Keine Inspektion. | Gluteal / Sakral | Keine Inspektion. |
| Analgegend: | Keine Inspektion. | Leistenbereich: | Keine Inspektion. | Intimbereich: | Keine Inspektion. |
| Fuß/Ferse/Fußnägel: | Keine Inspektion. | Zehenzwischenräume: | Keine Inspektion. | Hautzustand: | Juckreiz am Rücken (Arzt ist verständigt). |
| Ernährungszustand: | "2x tägl. Energykost, Saftschorlen" | PEG/Sondennahrung: | t.n.z. | ggf. Ödeme: | t.n.z. |
| Wunden: | t.n.z. | Orientierung: | Vollständig orientiert. | Schmerzen: | Keine Schmerzangabe auf Nachfrage. |
| DK: | t.n.z. | IKM: | t.n.z. | | |
| Atmosphäre: | Sehr sachlich (BW lehnt die Umgestaltung seines Zimmers ab.) | Bett (auch: höhenverstellbar) | iO | Wandschmuck/Bilder | Keinen (lehnt Bewohner ab). |
| Sauberkeit Zimmer / Nachtsiche / Hilfsmittel | Sehr sauber. | Gerüche: | Keine. | Kleidung: | Persönlich. |
| Nasszelle / WC: | Sehr sauber. | Mobiliar: | Standard - Bewohner hat seinen Fernseher mitgebracht. | | |
| Zufriedenheit: | | | | | |
| Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung): | "Ich möchte nicht an den Veranstaltungen teilnehmen" | | Essen: | Findet die Portionsgrößen für ihn nicht angepasst. "Das Essen ist sehr gut hier." | |
| Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung): | Keine Angaben. | | Pflegerische Versorgung: | Das "Personal ist sehr freundlich." | |
| Medizinische Versorgung: | Sein Hausarzt kommt in die Einrichtung. | | Therapeutische Anwendungen: | | |
| Sollte etwas verbessert werden? | Der Bewohner ist bereits das siebte Mal in der Einrichtung und sehr zufrieden. | | Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner: | | |
| Bewertung: | | | | | |
| Sollte etwas verbessert werden? | | | | | |
| Gesamteindruck / Bewertung: | Der Patient wird angemessen versorgt - das Problem (verschlechterter Allgemeinzustand) wurde dokumentiert - die Maßnahmen sind adäquat: der BMI hat sich stabilisiert. | | + / - | | |

4.2.3 Bewohner 3

| | | | | | |
|---|---|-------------------------------|--|------------------------|--|
| Datum: | 28.2.13 | | | Geb.Datum: | |
| Name, Vorname: | | | | Bereich / Abteilung: | |
| Betreuung: | Bekannte | | | Pflegestufe: | 1 |
| Derzeitige Situation: | Bei der Tagesgestaltung eigenständig; pflegerisch benötigt die Bewohnerin teilweise Unterstützung; Zustand nach Sturz und Beeinträchtigung der Beweglichkeit der rechten Schulter (AC-Gelenksprengung - kann mit dem Rollator durch die Einrichtung gehen (Nackengriff / Heben bereitet Schmerzen). | | | | |
| Medizinische Diagnosen: | Hypertensive Herzkrankheiten, Gonarthrose links, arterielle Hypertonie. | | | | |
| Aktueller Zustand / Umfeld: | | | | | |
| Haare: | iO | Ohren: | iO | Augen: | iO |
| Lippen: | iO | Zähne: | iO | Zahnfleisch: | Keine Inspektion. |
| Zunge: | iO | Achseln: | Keine Inspektion. | Ellenbogen: | Keine Inspektion. |
| Finger / Fingernägel | iO | Schulterblätter: | Keine Inspektion. | Brust: | Keine Inspektion. |
| Bauchnabel: | Keine Inspektion. | Hüften: | Keine Inspektion. | Gluteal / Sakral | Keine Inspektion. |
| Analgegend: | Keine Inspektion. | Leistenbereich: | Keine Inspektion. | Intimbereich: | Keine Inspektion. |
| Fuß/Ferse/Fußnägel: | Keine Inspektion. | Zehenzwischenräume: | Keine Inspektion. | Hautzustand: | iO |
| Ernährungszustand: | iO | PEG/Sondennahrung: | t.n.z. | ggf. Ödeme: | t.n.z. |
| Wunden: | t.n.z. | Orientierung: | In allen Qualitäten eingeschränkt - Bekannte und Mitarbeiter erkennt die Bewohnerin. | Schmerzen: | Ohne Belastung der rechten Schulter keine Schmerzen - fordert keine Schmerzmedikation - auf Nachfrage keine Schmerzangabe. |
| DK: | t.n.z. | IKM: | Druckinkontinenz / Einlagen. | | |
| Atmosphäre: | Keine Inspektion. | Bett (auch: höhenverstellbar) | Keine Inspektion. | Wandschmuck/Bilder | Keine Inspektion. |
| Sauberkeit Zimmer / Nachttische / Hilfsmittel | Keine Inspektion. | Gerüche: | Keine Inspektion. | Kleidung: | Persönlich, ordentlich. |
| Nasszelle / WC: | Keine Inspektion. | Mobiliar: | Keine Inspektion. | | |
| Zufriedenheit: | | | | | |
| Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung): | Bewohnerin ist dementiell eingeschränkt. | | Essen: | | |
| Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung): | | | Pflegerische Versorgung: | | |
| Medizinische Versorgung: | | | Therapeutische Anwendungen: | | |
| Sollte etwas verbessert werden? | "Ich bin sehr zufrieden - was will man im Alter noch erwarten?" | | Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner: | Angemessen, zugewandt. | |
| Bewertung: | | | | | |
| Sollte etwas verbessert werden? | | | | | |
| Gesamteindruck / Bewertung: | Die Bewohnerin wird ihrem Zustand angemessen versorgt - ist selbstständig am Rollator und äußert sich zufrieden - jedoch nicht immer adäquat. | | + / - | | |

4.2.4 Bewohner 4

| | | | | | |
|---|--|-------------------------------|--|--|-------------------|
| Datum: | 28.2.13 | | Geb.Datum: | | |
| Name, Vorname: | | | Bereich / Abteilung: | | |
| Betreuung: | | | Pflegestufe: | 2 | |
| Derzeitige Situation: | Ausgeprägter Tremor - tageszeitabhängig - mit starker Transpiration. Pflegerische Unterstützung in allen Bereichen. Sturzgefährdung - häufige Stürze - zeitweise auch täglich. Wegen der Gefahr des Fallens aus dem Rollstuhl: Sicherheitsgurt, Therapietisch - beides legt sie selbst an, wenn die Bewohnerin merkt, dass sie sturzgefährdet ist. Hierdurch: Spürbare Reduktion der Sturzhäufigkeit. Keine Verletzungen im Nachgang der Stürze. Keine Schmerzangaben - kann bei Bedarf Schmerzmittel nehmen, die sie selbst verwaltet. Inkontinenz während der Parkinsonschübe - sonst kontinent. | | | | |
| Medizinische Diagnosen: | Parkinson Syndrom - medikamentös eingestellt und 'ausgereizt'. Weitere Maßnahmen / Möglichkeiten wurden mit der Neurologin besprochen und von ihr abgelehnt. | | | | |
| Aktueller Zustand / Umfeld: | | | | | |
| Haare: | iO | Ohren: | iO | Augen: | iO |
| Lippen: | iO | Zähne: | iO | Zahnfleisch: | iO |
| Zunge: | iO | Achseln: | Keine Inspektion. | Ellenbogen: | Keine Inspektion. |
| Finger / Fingernägel | iO | Schulterblätter: | Keine Inspektion. | Brust: | Keine Inspektion. |
| Bauchnabel: | Keine Inspektion. | Hüften: | Keine Inspektion. | Gluteal / Sakral | Keine Inspektion. |
| Analgend: | Keine Inspektion. | Leistenbereich: | Keine Inspektion. | Intimbereich: | Keine Inspektion. |
| Fuß/Ferse/Fußnägel: | Keine Inspektion. | Zehenzwischenräume: | Keine Inspektion. | Hautzustand: | iO |
| Ernährungszustand: | iO | PEG/Sondennahrung: | t.n.z. | ggf. Ödeme: | t.n.z. |
| Wunden: | t.n.z. | Orientierung: | Vollständig orientiert. | Schmerzen: | Keine Angaben. |
| DK: | t.n.z. | IKM: | Vorlagen zur Sicherheit. | | |
| Atmosphäre: | Wohnlich. | Bett (auch: höhenverstellbar) | Sehr sauber. | Wandschmuck/Bilder | Persönlich. |
| Sauberkeit Zimmer / Nachtsiche / Hilfsmittel | Sehr sauber. | Gerüche: | iO | Kleidung: | Persönlich. |
| Nasszelle / WC: | Sehr sauber. | Mobiliar: | Persönliches Mobiliar. | | |
| Zufriedenheit: | | | | | |
| Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung): | "Nehme ich gerne teil" (Singen, Gymnastik etc.) | | Essen: | "Das Essen schmeckt gut." | |
| Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung): | | | Pflegerische Versorgung: | "Ich bin zufrieden mit meiner Versorgung." | |
| Medizinische Versorgung: | | | Therapeutische Anwendungen: | | |
| Sollte etwas verbessert werden? | "Ich würde gerne wieder Eis zum Sonntag bekommen." | | Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner: | | |
| Bewertung: | | | | | |
| Sollte etwas verbessert werden? | | | | | |
| Gesamteindruck / Bewertung: | Die Versorgung ist angepasst, die Bewohnerin zufrieden, die Dokumentation aussagekräftig und den gesehenen Zustand widerspiegelnd. | | + / - | | |

4.2.5 Bewohner 5

| | | | | | |
|---|--|-------------------------------|--|------------------------|-------------------------|
| Datum: | 28.02.13 | | Geb.Datum: | | |
| Name, Vorname: | | | Bereich / Abteilung: | | |
| Betreuung: | ja | | Pflegestufe: | 3 | |
| Derzeitige Situation: | Die Bewohnerin ist komplett immobil, hat einen BMI von 18,7, Hautprobleme (Pergamenthaut). Lebensverlängernde Maßnahmen wurden abgelehnt und sollen nicht mehr erfolgen. | | | | |
| Medizinische Diagnosen: | Herzinsuffizienz, Arthrose, Morbus Parkinson, Aortenaneurysma, Depression, Demenz. | | | | |
| Aktueller Zustand / Umfeld: | | | | | |
| Haare: | iO | Ohren: | iO | Augen: | iO |
| Lippen: | iO | Zähne: | iO | Zahnfleisch: | iO |
| Zunge: | iO | Achseln: | t.n.z. | Ellenbogen: | t.n.z. |
| Finger / Fingernägel | iO | Schulterblätter: | t.n.z. | Brust: | t.n.z. |
| Bauchnabel: | t.n.z. | Hüften: | t.n.z. | Gluteal / Sakral | t.n.z. |
| Analgegend: | t.n.z. | Leistenbereich: | t.n.z. | Intimbereich: | t.n.z. |
| Fuß/Ferse/Fußnägel: | iO | Zehenzwischenräume: | iO | Hautzustand: | Hämatome/ Pergamenthaut |
| Ernährungszustand: | Mangelernährung | PEG/Sondennahrung: | t.n.z. | ggf. Ödeme: | t.n.z. |
| Wunden: | iO | Orientierung: | t.n.z. | Schmerzen: | |
| DK: | t.n.z. | IKM: | t.n.z. | | |
| Atmosphäre: | iO | Bett (auch: höhenverstellbar) | Sehr sauber. | Wandschmuck/Bilder | iO |
| Sauberkeit Zimmer / Nachttische / Hilfsmittel | Sehr sauber. | Gerüche: | Keine. | Kleidung: | iO |
| Nasszelle / WC: | Sehr sauber. | Möbiliar: | Eigenes Möbiliar | | |
| Zufriedenheit: | | | | | |
| Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung): | Werden von der Bewohnerin sehr gerne wahrgenommen. | | Essen: | t.n.z. | |
| Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung): | t.n.z. | | Pflegerische Versorgung: | iO | |
| Medizinische Versorgung: | | | Therapeutische Anwendungen: | | |
| Sollte etwas verbessert werden? | Keine Vorschläge / Anliegen. | | Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner: | Zugewandt, angemessen. | |
| Bewertung: | | | | | |
| Sollte etwas verbessert werden? | | | | | |
| Gesamteindruck / Bewertung: | Die Bewohnerin wird pflegerisch umfassend versorgt. | | + / - | | |

4.2.6 Bewohner 6

| | | | | | |
|---|--|-------------------------------|--|---|--|
| Datum: | 28.02.13 | | Geb.Datum: | | |
| Name, Vorname: | | | Bereich / Abteilung: | | |
| Betreuung: | ja | | Pflegestufe: | 1 | |
| Derzeitige Situation: | Der Bewohner ist mobil, benötigt Unterstützung bei der Körperpflege, hat Kontinenzprobleme. | | | | |
| Medizinische Diagnosen: | Struma nodosa, Demenz, art. Hypertonus, Zust. n. Kraniotomie re. Frontal mit Tumorentfernung | | | | |
| Aktueller Zustand / Umfeld: | | | | | |
| Haare: | iO | Ohren: | iO | Augen: | iO |
| Lippen: | iO | Zähne: | iO | Zahnfleisch: | iO |
| Zunge: | iO | Achseln: | Keine Inspektion. | Ellenbogen: | iO |
| Finger / Fingernägel | iO | Schulterblätter: | Keine Inspektion. | Brust: | Keine Inspektion. |
| Bauchnabel: | iO | Hüften: | Keine Inspektion. | Gluteal / Sakral | Keine Inspektion. |
| Analgend: | Keine Inspektion. | Leistenbereich: | Keine Inspektion. | Intimbereich: | Keine Inspektion. |
| Fuß/Ferse/Fußnägel: | Keine Inspektion. | Zehenzwischenräume: | Keine Inspektion. | Hautzustand: | Keine Inspektion. |
| Ernährungszustand: | Keine Inspektion. | PEG/Sondennahrung: | t.n.z. | ggf. Ödeme: | Keine Inspektion. |
| Wunden: | t.n.z. | Orientierung: | Orientiert. | Schmerzen: | Keine Angaben. |
| DK: | t.n.z. | IKM: | Vorlage. | | |
| Atmosphäre: | Sehr wohnlich, gemütlich. | Bett (auch: höhenverstellbar) | Sehr sauber. | Wandschmuck/Bilder | Viel Wandschmuck - persönliche Bilder. |
| Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel | Sehr sauber. | Gerüche: | Keine. | Kleidung: | Persönlich. |
| Nasszelle / WC: | Sehr sauber. | Mobiliar: | Eigenes - sehr schöne Einrichtung. | | |
| Zufriedenheit: | | | | | |
| Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung): | Nimmt die Angebote sehr gerne wahr. | | Essen: | | |
| Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung): | | | Pflegerische Versorgung: | Mit der pflegerischen Versorgung ist die Bewohnerin sehr zufrieden. | |
| Medizinische Versorgung: | Der Hausarzt besucht die Bewohnerin regelmäßig. | | Therapeutische Anwendungen: | | |
| Sollte etwas verbessert werden? | | | Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner: | Zugewandt, angemessen. | |
| Bewertung: | | | | | |
| Sollte etwas verbessert werden? | | | | | |
| Gesamteindruck / Bewertung: | Die Bewohnerin wird pflegerisch umfassend versorgt. | | + / - | | |

4.2.7 Bewohner 7

| | | | | | |
|---|--|-------------------------------|--|--|--|
| Datum: | 28.02.13 | | | Geb.Datum: | |
| Name, Vorname: | | | | Bereich / Abteilung: | |
| Betreuung: | ja | | | Pflegestufe: | 2 |
| Derzeitige Situation: | | | | | |
| Medizinische Diagnosen: | Mittelhirninfarkt, vaskuläre. Demenz, Hypertonie, Adipositas, Sprachstörungen, depressive. Episoden. | | | | |
| Aktueller Zustand / Umfeld: | | | | | |
| Haare: | iO | Ohren: | iO | Augen: | iO |
| Lippen: | iO | Zähne: | t.n.z. | Zahnfleisch: | iO |
| Zunge: | iO | Achseln: | t.n.z. | Ellenbogen: | t.n.z. |
| Finger / Fingernägel | iO | Schulterblätter: | t.n.z. | Brust: | t.n.z. |
| Bauchnabel: | t.n.z. | Hüften: | t.n.z. | Gluteal / Sakral | t.n.z. |
| Analgegend: | t.n.z. | Leistenbereich: | t.n.z. | Intimbereich: | t.n.z. |
| Fuß/Ferse/Fußnägel: | t.n.z. | Zehenzwischenräume: | t.n.z. | Hautzustand: | t.n.z. |
| Ernährungszustand: | iO | PEG/Sondennahrung: | t.n.z. | ggf. Ödeme: | t.n.z. |
| Wunden: | t.n.z. | Orientierung: | iO | Schmerzen: | t.n.z. |
| DK: | t.n.z. | IKM: | iO | | |
| Atmosphäre: | Sehr wohnlich, gemütlich. | Bett (auch: höhenverstellbar) | Sehr sauber. | Wandschmuck/Bilder | Viel Wandschmuck - persönliche Bilder. |
| Sauberkeit Zimmer / Nachttische / Hilfsmittel | Sehr sauber. | Gerüche: | Keine. | Kleidung: | Persönlich. |
| Nasszelle / WC: | Sehr sauber. | Möbiliar: | Eigenes - sehr schöne Einrichtung. | | |
| Zufriedenheit: | | | | | |
| Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung): | Die Beschäftigungsangebote werden sehr gerne wahrgenommen. | | Essen: | "Das Essen schmeckt mir sehr gut." | |
| Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung): | Die Andachten besucht der Bewohner regelmäßig und ist zufrieden. | | Pflegerische Versorgung: | Die Pflegekräfte sind sehr freundlich. Die Versorgung ist für den Bewohner sehr gut. | |
| Medizinische Versorgung: | Der Hausarzt ist auf Nachfrage erreichbar - sehr zufrieden mit der Versorgung durch den Hausarzt. | | Therapeutische Anwendungen: | | |
| Sollte etwas verbessert werden? | Nein. | | Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner: | Zugewandt, angemessen. | |
| Bewertung: | | | | | |
| Sollte etwas verbessert werden? | | | | | |
| Gesamteindruck / Bewertung: | Der Bewohner wird entsprechend seiner Bedürfnisse versorgt und ist zufrieden mit seiner Versorgung. Die pflegerischen Leistungen sind dem Bedarf angemessen. | | + / - | | |

4.2.8 Bewohner 8

| | | | | | |
|--|--|-------------------------------|--|---|-------------------------|
| Datum: | 28.02.2013 | | | Geb.Datum: | |
| Name, Vorname: | | | | Bereich / Abteilung: | |
| Betreuung: | Vorsorgevollmacht (Nichte) | | | Pflegestufe: | 1 |
| Derzeitige Situation: | Teilweise Unterstützung bei den Lebensaktivitäten (LA): LA sich waschen und Kleiden; LA Essen und Trinken - Essen wird mundgerecht zubereitet, an regelmäßiges Trinken wird erinnert / geringe Trinkmenge / Nahrungsaufnahme isst mit Bewohnern, Nichte und Hausarzt nachweislich kommuniziert- Bewohnerin entscheidet selbst über Trinkmenge und Nahrungsaufnahme / Bewohnerin ist mobil - geht am Stock. | | | | |
| Medizinische Diagnosen: | Demenz, Depression, Z.n. Humerusfraktur li. | | | | |
| Aktueller Zustand / Umfeld: | | | | | |
| Haare: | iO | Ohren: | iO | Augen: | iO |
| Lippen: | Etwas trocken. | Zähne: | iO | Zahnfleisch: | Keine Inspektion. |
| Zunge: | iO | Achseln: | Keine Inspektion. | Ellenbogen: | Keine Inspektion. |
| Finger / Fingernägel | iO | Schulterblätter: | Keine Inspektion. | Brust: | Keine Inspektion. |
| Bauchnabel: | Keine Inspektion. | Hüften: | Keine Inspektion. | Gluteal / Sakral | Keine Inspektion. |
| Analgegend: | Keine Inspektion. | Leistenbereich: | Keine Inspektion. | Intimbereich: | Keine Inspektion. |
| Fuß/Ferse/Fußnägel: | Keine Inspektion - Fußpflege kommt laut Bewohner regelmäßig. | Zehenzwischenräume: | Keine Inspektion. | Hautzustand: | Trocken, wird gepflegt. |
| Ernährungszustand: | BMI 17,1 - Bewohner erhält Wunschkost, Planung ist angelegt, Gewicht wird 14 tägig ermittelt/Ist mit HA, Angehörigen und Bewohner abgesprochen. | PEG/Sondennahrung: | t.n.z. | ggf. Ödeme: | t.n.z. |
| Wunden: | t.n.z. | Orientierung: | Zeitweise orientiert: benötigt manchmal Unterstützung bei der zeitlichen Orientierung. | Schmerzen: | Keine Angaben. |
| DK: | t.n.z. | IKM: | Bewohnerin ist kontinent. | | |
| Atmosphäre: | Wohnlich. | Bett (auch: höhenverstellbar) | Bett sauber und ordentlich. | Wandschmuck/Bilder | Persönliche Bilder. |
| Sauberkeit Zimmer / Nachtsische / Hilfsmittel | Sehr sauber. | Gerüche: | Keine. | Kleidung: | Tageskleidung/gepflegt. |
| Nasszelle / WC: | Sehr sauber. | Mobiliar: | Private Möbel. | | |
| Zufriedenheit: | | | | | |
| Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung): | "Ist genug Angebot." | | Essen: | "Das Essen ist gut und abwechslungsreich." | |
| Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten: | "Gehe ich immer hin." / "Nehme ich sehr gern an." | | Pflegerische Versorgung: | "Ist gut - ich bin sehr zufrieden." | |
| Medizinische Versorgung: | "Ist gut." | | Therapeutische Anwendungen: | "Brauche ich nicht." | |
| Sollte etwas verbessert werden? | "Vielleicht alle paar Tage oder Wochen ein kleiner Ausflug, braucht nicht weit sein ... zur Ablenkung." | | Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner: | "Das Personal ist sehr entgegenkommend" "nicht gekünstelt" - Verhalten angemessen, zugewandt. | |
| Bewertung: | | | | | |
| Sollte etwas verbessert werden? | | | | | |
| Gesamteindruck / Bewertung: | Die pflegerische Versorgung und Betreuung ist sehr gut. | | + / - | | |

4.2.9 Bewohner 9

| | | | | | |
|---|--|-------------------------------|--|------------------------|--|
| Datum: | 28.02.2013 | | | Geb.Datum: | |
| Name, Vorname: | | | | Bereich / Abteilung: | |
| Betreuung: | amtl. Betreuung durch Ehefrau, gesamter Aufgabenkreis | | | Pflegestufe: | 3 |
| Derzeitige Situation: | Bewohner ist vollständig immobil, aufgrund seiner schweren Demenz kommt es zu verbalen und körperlichen Ungehaltenheiten - Freiheitsentziehende Maßnahmen müssen angewendet werden/ richterlicher Beschluss liegt vor; vollständige Übernahme der Aktivitäten in allen Lebensaktivitäten (LA), Versorgung durch zwei Pflegekräfte. | | | | |
| Medizinische Diagnosen: | schwere Demenz, M. Parkinson, Z.n. mehrfachen Apoplex, neurogene Blasenentleerungsstörung | | | | |
| Aktueller Zustand / Umfeld: | | | | | |
| Haare: | iO | Ohren: | iO | Augen: | iO |
| Lippen: | iO | Zähne: | Prothese - gepflegt. | Zahnfleisch: | Keine Inspektion. |
| Zunge: | Keine Inspektion. | Achseln: | Keine Inspektion. | Ellenbogen: | Keine Inspektion. |
| Finger / Fingernägel | Gepflegt. | Schulterblätter: | Keine Inspektion. | Brust: | Keine Inspektion. |
| Bauchnabel: | Keine Inspektion. | Hüften: | Keine Inspektion. | Gluteal / Sakral | Keine Inspektion. |
| Analgegend: | Keine Inspektion. | Leistenbereich: | Keine Inspektion. | Intimbereich: | Keine Inspektion. |
| Fuß/Ferse/Fußnägel: | Fußnägel sehr lang - ablehnendes Verhalten des Bewohners. | Zehenzwischenräume: | Sauber. | Hautzustand: | Trocken. |
| Ernährungszustand: | Gewicht wird in Absprache mit Angehörigen und Hausarzt nicht ermittelt. | PEG/Sondennahrung: | t.n.z. | ggf. Ödeme: | t.n.z. |
| Wunden: | Suprapubischer Dauerkatheter. | Orientierung: | Bewohner ist nicht orientiert. | Schmerzen: | Zeitweise geringe Schmerzen lt. BESD, hat Bedarfsmedikation. |
| DK: | Suprapubischer Dauerkatheter - Einstichstelle unauffällig. | IKM: | BK und Bettunterlage. | | |
| Atmosphäre: | Wohnlich. | Bett (auch: höhenverstellbar) | Bett sauber und ordentlich. | Wandschmuck/Bilder | Persönliche Bilder. |
| Sauberkeit Zimmer / Nachtsiche / Hilfsmittel | Sehr sauber. | Gerüche: | Keine. | Kleidung: | Tageskleidung/gepflegt. |
| Nasszelle / WC: | Sehr sauber. | Mobiliar: | Private Möbel. | | |
| 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: | Angemessen, zugewandt. | |
| Bewertung: | | | | | |
| Sollte etwas verbessert werden? | | | | | |
| Gesamteindruck / Bewertung: | Der Bewohner wirkt sehr gut gepflegt, soweit eine körperliche Inspektion möglich war. | | + / - | | |

4.2.10 Bewohner 10

| | | | | | |
|---|--|-------------------------------|--|---|-------------------------------------|
| Datum: | 28.02.2013 | | Geb.Datum: | | |
| Name, Vorname: | | | Bereich / Abteilung: | | |
| Betreuung: | Sohn Sorgerevollmacht | | Pflegestufe: | 1 | |
| Derzeitige Situation: | Teilweise Unterstützung in den Lebensaktivitäten Essen und Trinken- mundgerechte Zubereitung der Mahlzeiten, sich waschen und kleiden - 1 x wö. Duschen nach Wunsch. | | | | |
| Medizinische Diagnosen: | Zustand nach Mamma-Ca. und Operation. | | | | |
| Aktueller Zustand / Umfeld: | | | | | |
| Haare: | iO | Ohren: | iO | Augen: | iO |
| Lippen: | iO | Zähne: | Keine Inspektion. | Zahnfleisch: | Keine Inspektion. |
| Zunge: | Keine Inspektion. | Achseln: | Keine Inspektion. | Ellenbogen: | Keine Inspektion. |
| Finger / Fingernägel | Etwas lang - Pflege ist für heute noch geplant. | Schulterblätter: | Keine Inspektion. | Brust: | Keine Inspektion. |
| Bauchnabel: | Keine Inspektion. | Hüften: | Keine Inspektion. | Gluteal / Sakral | Keine Inspektion. |
| Analgegend: | Keine Inspektion. | Leistenbereich: | Keine Inspektion. | Intimbereich: | Keine Inspektion. |
| Fuß/Ferse/Fußnägel: | Keine Inspektion. | Zehenzwischenräume: | Keine Inspektion. | Hautzustand: | Trocken, Hautpflege erfolgt. |
| Ernährungszustand: | BMI 22,3 konstant. | PEG/Sondennahrung: | Keine Inspektion. | ggf. Ödeme: | t.n.z. |
| Wunden: | t.n.z. | Orientierung: | Voll orientiert. | Schmerzen: | Keine Anzeichen. |
| DK: | t.n.z. | IKM: | Kontinent, Toilettenstuhl zur Nacht. | | |
| Atmosphäre: | Sachlich, Wand leicht beschmutzt. | Bett (auch: höhenverstellbar) | iO | Wandschmuck/Bilder | Persönlicher Wandschmuck vorhanden. |
| Sauberkeit Zimmer / Nachttische / Hilfsmittel | Sauber. | Gerüche: | Keine. | Kleidung: | Sehr gepflegt. |
| Nasszelle / WC: | Sehr sauber. | Mobiliar: | Einige persönliche Möbelstücke. | | |
| Zufriedenheit: | | | | | |
| Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung): | "Die Busfahrten sind gut". Trifft sich gern mit anderen Bewohnern. | | Essen: | "Ist gut" "montags der Kakao schmeckt sehr gut" | |
| Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung): | Nimmt ab und zu gerne am Gottesdienst teil. | | Pflegerische Versorgung: | Ist sehr zufrieden. | |
| Medizinische Versorgung: | "Der Hausarzt kommt zu mir, wenn ich ihn brauche." Geht mit Schwiegertochter zum Augenarzt. | | Therapeutische Anwendungen: | t.n.z. | |
| Sollte etwas verbessert werden? | Keine Vorschläge. | | Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner: | Zugewandt und angemessen. | |
| Bewertung: | | | | | |
| Sollte etwas verbessert werden? | | | | | |
| Gesamteindruck / Bewertung: | Die pflegerische Versorgung ist sehr gut. | | + / - | | |

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**).

5 Zusammenfassung

Die Leitung präsentierte ihre Einrichtung umfassend und konnte belegen, dass die regelmäßig und systematisch durchgeführten Prüfungen ihrer Versorgungsleistungen einem ständigen Verbesserungsprozess unterliegen.

Abgesehen von einigen Ausnahmen sind die Regelungen des Qualitätsmanagement-Handbuches aussagekräftig und gut verständlich verfasst. Insbesondere die Nationalen Expertenstandards entsprechen den Vorgaben des Diakoniewerkes – sie werden im Rahmen der Pflegevisiten systematisch auditiert. Die Pflegevisiten werden zeitnah ausgewertet, so dass in einer Übersicht alle Ergebnisse dargestellt und Verbesserungspotentiale erkennbar werden.

In der Managementbewertung werden alle Ergebnisse systematisch und präzise ausgewertet, Ziele und Maßnahmen für das kommende Jahr benannt. Dabei ist die Darstellung der Ergebnisse gut verständlich und leserfreundlich dargestellt (**siehe Kapitel 3**).

Die Dokumentation, deren Begutachtung dieses Mal hauptsächlich anhand zahlreicher auf den Wohnbereichen nach dem Zufallsprinzip gezogener Bewohnerakten erfolgte, ist zu allen geprüften Prozessen – wie beispielsweise dem Dekubitus-, Schmerz-, Sturz-, Ernährungsmanagement, dem Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen – umfassend und lückenlos. Die Einträge der sogenannten ‚Zusätzlichen Betreuungskräfte‘ und der ‚Sozialen Betreuung‘ waren ebenso aussagekräftig wie die Pflegedokumentation (**siehe Kapitel 3**).

Alle auskunftsfähigen Bewohner waren mit ihrer Versorgung sehr zufrieden. Bei allen gesehenen Bewohnern wurden die notwendigen Maßnahmen ergriffen – die pflegerische Versorgung war umfassend (**siehe Kapitel 4.2**).

Der Gesamteindruck von der Einrichtung – zum Beispiel der neue Wohnbereich ‚Tulpenallee‘, die ‚Bethel-Stube‘, das Foyer sowie zahlreiche Dekorationen auf den Wohnbereichen – erscheint wohnlich, gut gepflegt, sauber und hygienisch (**siehe Kapitel 4.1**).

Die Einrichtung erhielt in allen sechs Kategorien eine sehr gute Bewertung:

| 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) | | | | | | | | |
|-------------|---------------------|--|----|----|------------------------------|----|----|------------------------|----|----|---|----|----|--|----|----|---------------------------------|----|----|--|----|----|---|---|---|-----|-----|-----|
| | | 11 | 12 | 13 | 11 | 12 | 13 | 11 | 12 | 13 | 11 | 12 | 13 | 11 | 12 | 13 | 11 | 12 | 13 | 11 | 12 | 13 | | | | | | |
| SZOE | 27.2. - 28.2.13 | 1 | - | 1 | - | 1 | 1 | 1 | - | 1 | 1 | - | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | - | 1 | - | 1 | - | 1,0 | 1,0 | 1,0 |

* Positive oder negative Vorzeichen weisen auf eine Tendenz hin, fließen aber nicht in die Endbewertung ein. Die Note 3 – 4 wird bspw. als 3,5 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, 22.4.2013

Andreas Dietel

Anhang

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

Bad Oeynhausen, 27.2. – 28.2.2013 _____ 50

Anhang 1 – Interne Revision in Medizin und Pflege, Seniorenzentrum Bethel Bad Oeynhausen, 27.2. – 28.2.2013

| | |
|----------------------------|---|
| <p>Allgemeines:</p> | <p>Auditoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angelika Wortmann, SZKÖ - Henrike Zander, SZFR / PDFR - Andreas Dietel, SMG <p>Gesprächspartner: (Haupt-) Geschäftsführer und Vertretungen, zusätzliche Gesprächspartner nach Absprache (siehe unten).</p> <p>Dauer der Revision: 9.00 – 16.30 Uhr</p> <p>Medien / Vorbereitung: Bitte ein am Netzwerk angeschlossenes Laptop und einen Beamer im Besprechungsraum aufstellen. Das QM-Handbuch muss über Beamer und Laptop während der gesamten Zeit eingesehen werden können. 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 Bewohner besuchen. Die sechs bis zehn Bewohner werden am Morgen als Zufallsstichprobe ausgewählt (bspw. mit FeM, Risikofaktoren, Soziale Betreuung, Betreuung nach §87b, Veränderungen seit Einzug der Bewohner – Anpassung der Planungen und Maßnahmen).</p> |
| <p>1. Tag:</p> | <p>Darstellung der Einrichtung anhand der ausgewählten Kriterien des Prüfkataloges / Nachweisdokumente / Dokumentationsvisiten</p> <p>9.00 – 9.05 Uhr Auswahl der Stichprobe aus der Gesamtanzahl der Bewohner (→ Einverständniserklärungen)</p> <p>9.05 – 9.30 Uhr Gesprächspartner – Allgemeines zur Einrichtung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - HG / GF / PDL / stv. PDL / QMB / Sozialdienst / Soziale Betreuung / Technischer Dienst / Hauswirtschaft: Speiseversorgung, Reinigung, Wäschereiversorgung sowie ggf. weitere Gesprächspartner, die die Einrichtung auswählt. Bitte tragen Sie die Namen der Mitarbeiter und deren Funktion ein, 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. - Was gibt es Neues? ggf. Managementbewertung 2012 / Projekte 2013 / Schwerpunkte 2013? <p>9.30 – 10.25 Uhr Sicherheit Unterlagen / Medien: MCC, Intranet, Protokolle / papiergestützte Dokumentation. Schwerpunkte: Audits (Fehlermanagement, Wartung- und Kontrolle, Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen, Hygienemanagement, Arbeitsschutz: Plan, Durchführung, Ergebnisse, Maßnahmendurchführung, Erfolgskontrolle) Gesprächspartner: HG, PDL, QB, Sicherheitsbeauftragte / Hygienebeauftragte, Wartung- und Kontrolle - Technik.</p> <p>10.30 – 11.25 Uhr Risikomanagement Unterlagen / Medien: Intranet, Risikoerfassung, Expertenstandards (Erstgespräch / Aufnahme), Pflegevisiten – Integrationsvisite / Routinepflegevisite (Plan, Durchfüh-</p> |

rung, Ergebnisse, Maßnahmendurchführung, Erfolgskontrolle)
Schwerpunkte: Risikoerfassung, Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen (→ u.a. Expertenstandards), Auswertung der Daten, Präsentation.

Gesprächspartner: HG, PDL, QB, Sicherheitsbeauftragte / Hygienebeauftragte, WBL, ggf. Experten zum Sturz, zur Ernährung, zum Dekubitus, zu chronischen Wunden, zur Inkontinenz, Demenz etc.

11.30 – 12.25 Uhr

Personalbindung

Gewinnung / Einarbeitung / Ausbildung / Betreuung bzw. Entwicklung

Unterlagen / Medien: z.B. MCC, Intranet, Fortbildungspläne (u.a. Unterstützung des Projektes MCC durch Festlegung von Fortbildungsthemen / Umsetzung des Pflichtfortbildungskatalogs) / Teilnahmeauswertung / Fachkraftquote, Fluktuation, Weiterbildung (Personalstruktur)

Schwerpunkte: Einarbeitung neuer Mitarbeiter / Begleitung der Auszubildenden / Mitarbeitergespräche (Ergebnisse) und –befragungen, Teamentwicklungsmaßnahmen

Gesprächspartner: HG, PDL, QB, Leitungen (durch Einrichtung ausfüllen)

12.30 – 13.30 Uhr Mittagspause

13.30 – 15.30 Uhr

Dokumentationsvisite - Durchsicht stichprobenartig auf den Wohnbereichen ausgewählter Bewohnerakten

Schwerpunkte: Dekubitusmanagement, Schmerzmanagement, Ernährungsmanagement, Kontinenz, Sturzmanagement, Wundmanagement, FeM, Betreuungsleistungen, Aussagekraft der Verlaufsberichte – Zusammenarbeit der Berufsgruppen, Medikamentenmanagement, Prospektive Festlegung von Dokumentationsintervallen

Gesprächspartner: Ergibt sich nach Bedarf

15.35 – 16.20 Uhr

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

16.25 Uhr

Zwischenergebnis Tag 1

| | |
|--------------------|---|
| Tagesablauf | Inaugenscheinnahme ausgewählter Bewohner / Dokumentationsvisite / Nachweisdokumente / Ggf. in Teilbereichen Begehungen |
|--------------------|---|

9.00 – 9.15 Uhr

Klärung von Fragen / Ausblick auf den Tag

Gesprächspartner:

- HG / GF / PDL / ggf. stv. PDL / QMB.

9.20 – 12.00 Uhr

Inaugenscheinnahme ausgewählter Bewohner (→ Einverständniserklärung)

12.10 – 13.00 Uhr Mittagspause

13.05 – 15.05 Uhr

Begehung ausgewählter Abteilungen und Wohnbereiche

15.15 – 16.15 Uhr

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

16.20 – 16.30 Uhr

| |
|--|
| Abschlussbesprechung mit allen Teilnehmern und Interessierten / Rückmeldung an die Auditoren |
|--|

A. Dietel
Referat Produkte