

Diakoniewerk Bethel e.V.
Geschäftsbereich Produkte

Seniorenzentrum Bethel Bad Oeynhausen:
Interne Revision in Medizin und Pflege
vom 15.03. – 16.03.2010

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

Bericht im Auftrag des Gesellschafters

Auditoren:
Andreas Dietel, Katrin Hartenstein



DIAKONIEWERK BETHEL

Inhalt

1	Einleitung	1
1.1	Methodik der Internen Revision in Medizin und Pflege des Diakoniewerkes Bethel.....	1
1.1.1	<i>Die Interne Revision in Medizin und Pflege als Instrument der Qualitätssicherung und -entwicklung</i>	1
1.1.2	<i>Der nächste Schritt: die Überprüfung der Qualitätsmanagementsysteme durch externe Gutachter und die Zertifizierung der Einrichtungen</i>	2
1.1.3	<i>Ausblick</i>	2
1.2	Kriterienauswahl.....	3
2	Allgemeine Angaben zur Einrichtung	5
3	Prüfkatalog Diakonie-Siegel Pflege, Version 2	8
3.1	Führungsprozesse	8
3.1.1	<i>Führung, Politik und Strategie</i>	8
3.1.2	<i>Personal</i>	10
3.1.3	<i>Qualitätsmanagement</i>	13
3.2	Kernprozesse	15
3.2.1	<i>Pflege</i>	15
3.2.2	<i>Hauswirtschaft</i>	17
3.2.3	<i>Beratung und Betreuung</i>	19
3.3	Maßnahmenplan	20
4	Begutachtungen	21
4.1	Begutachtungen von Bereichen	21
4.1.1	<i>Enzianpark</i>	21
4.1.2	<i>Rosenallee</i>	24
4.1.3	<i>Reinigung / Wäscherei</i>	27
4.2	Begutachtungen von Bewohnern	30
4.2.1	<i>Bewohner 1</i>	30
4.2.2	<i>Bewohner 2</i>	31
4.2.3	<i>Bewohner 3</i>	32

4.2.4	<i>Bewohner 4</i>	33
4.2.5	<i>Bewohner 5</i>	34
4.2.6	<i>Bewohner 6</i>	35
4.3	Überprüfung der Dokumentation.....	36
5	Zusammenfassung	38
	Anhang	41

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.
ÄD	Ärztlicher Direktor
ADM	Antidekubitusmatratze
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
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften
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
BW	Bewohner
C	PDCA - Check-Schritt (Überprüfung der Zielerreichung)
D	PDCA - Do-Schritt (Durchführung)
DK	Dauerkatheter
DMBE	Diakonie-Management Bethel
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DS-Pflege od. DSP	Diakonie-Siegel Pflege
DSWE	Diakoniestation Bethel Welzheim
DwB	Diakoniewerk Bethel
E	Empfehlung – ‚sollte‘ zur nächsten Revision umgesetzt werden bzw. begründet durch andere Maßnahmen ersetzt werden. Ohne begründete Nichtumsetzung bzw. wenn die begründete Nichtumsetzung nicht nachvollziehbar ist, wird aus der Empfehlung zur nächsten Revision ein ‚Hinweis‘ (= muss umgesetzt werden)
F	Feststellung – Sachstand nach Bewertung des Qualitätsmanagementhandbuchs und seiner Anforderungen; als Überschrift der Anforderungen im Diakonie-Siegel Pflege (z.B. F 2.2.1) steht F für ‚Führungsprozess‘
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
IKM	Inkontinenzmaterial
iO	In Ordnung

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
MA SD	Mitarbeiter Sozialdienst
MCC	Elektronisches Krankenhausinformationssystem der Fa. Meierhofer
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
Med. GF	Medizinischer Geschäftsführer
N	Nachweis
P	PDCA - Plan-Schritt
Pat.	Patient
PDCA-Zyklus	„Plan-Do-Check-Act“-Zyklus, steht für die Planungsschritte (Plan), Durchführungsschritte (Do), Überprüfungsschritte (Check) und Anpassungsschritte (Act) innerhalb eines Gesamtprozesses
PDFR	Diakoniestation Bethel Friedrichshain
PDL	Pflegedienstleitung
PDLI	Pflegedienst Bethel Lichterfelde
PDOE	Pflegedienst Bethel Bad Oeynhausen
QB	Qualitätsmanagementbeauftragte
QM	Qualitätsmanagement
QMH	Qualitätsmanagementhandbuch
RAI	Resident Assessment Instrument – Bewertungsinstrument mit 24 Qualitätsindikatoren, das einmal im Quartal für jeden Bewohner ausgefüllt und von einer das Berliner Modellprojekt begleitenden Firma (Arbuma) ausgewertet wird. Die Auswertungen werden allen teilnehmenden Einrichtungen zugeschickt, sodass diese ihren Leistungsstand mit dem der anderen vergleichen können.
Regio	Der Begriff ‚Regio‘ wird ausschließlich in der Diakoniestation Bethel Welzheim sowohl synonym mit dem Begriff ‚Einsatzstellen‘ als auch mit der Bezeichnung ‚Einsatzstellenleitung‘ verwendet. Da die Diakoniestation neben der Versorgung der Ortschaften auch die der ‚Fläche‘ sicherstellt, ermöglichen die insgesamt 5 Einsatzstellen der Diakoniestation, dass die Anfahrtszeiten nicht übermäßig lang werden.
RKTR	Reha-Klinik Bethel Trossingen
RKWE	Reha-Klinik Bethel Welzheim
SD	Sozialdienst
SGB	Sozialgesetzbuch (regelt im SGB XI beispielsweise den Bereich der Pflegeversicherung)
ST	Standards
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 Welzheim
SZWE	Seniorenzentrum Bethel Welzheim
SZWI	Seniorenzentrum Bethel Wiehl
t.n.z.	Trifft nicht zu
TEP	Totalendoprothese
VA	Verfahrensanweisung

1 Einleitung

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

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

Seit 2003 werden alle Unternehmensbeteiligungen des Diakoniewerkes Bethel (im Folgenden: DwB) durch den Gesellschafter einmal jährlich überprüft. Ziel der Internen Revision in Medizin und Pflege (im Folgenden: Revision) war und ist es, die Einrichtungen bei der Qualitätssicherung und –entwicklung zu unterstützen, eine Rückmeldung über den jeweiligen Entwicklungsstand zu geben und in allen 15 Einrichtungen ein hohes Qualitätsniveau zu sichern.

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

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

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

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.

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

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

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

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

1.1.3 Ausblick

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

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

Um die Einrichtungen des DwB mit ihren Stärken, aber auch mit allen ‚Ecken und Kanten‘ darzustellen und dem Informationsbedürfnis der Interessenten entgegenzukommen, werden bereits seit Anfang 2008 alle internen wie auch alle von der Heimaufsicht (im Folgenden: HA) und dem MDK erstellten Berichte im Internet im vollen Umfang veröffentlicht, obwohl sie dem Leser wegen ihres Umfangs ein gewisses ‚Durchhaltevermögen‘ abverlangen.

1.2 Kriterienauswahl

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

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

Die Thematisierung der Konzepte und Standards sowie des pflegerischen / ärztlichen / therapeutischen Managements sowie von Schwerpunkten der Bewohner- und Patientenversorgung beziehen sich auf Strukturen und Prozesse der Einrichtungen und füllen hauptsächlich den ersten Tag der Revisionen. Begehungen von Stationen / Wohnbereichen und Begutachtungen zufällig ausgewählter Patienten / Bewohner sowie deren Aktenprüfung stellen den praktischen Teil aller Revisionen dar. Hierbei werden vorwiegend Ergebnisse bewertet (siehe Kapitel 4).

Eine Ausnahme bildet die sog. eintägige Teilrevision, die bei allen Einrichtungen durchgeführt wird, die später im Jahr nach KTQ oder DSP zertifiziert werden. Hierbei wird die Ergebnisbewertung vorgezogen, da Strukturen und Prozesse insbesondere während der später im Jahr folgenden Zertifizierung nach KTQ / DSP thematisiert und bewertet werden. Dabei finden sich in vier der sechs eingangs er-

wähnten Kategorien die Ergebnisse in Form von Schulnoten wieder (siehe Kapitel 5).

Im folgenden Kapitel werden die Strukturdaten der Einrichtungen dargestellt.

2 Allgemeine Angaben zur Einrichtung

Datum der Prüfung	von: 15.03.2010	bis: 16.03.2010
Uhrzeit / Thema der Revisionstage		
1. Tag:	von: 09.00	bis: 16.00 Uhr
2. Tag	von: 09.00	bis: 16.00 Uhr
Anwesende Personen:		
Prüfer / Gutachter:		
1. Herr Dietel, DMBE		
2. Frau Hartenstein, SZLI		
Gesprächspartner der Einrichtung:		
1. Herr Knollmann, HF		
2. Frau Möller, GF / PDL		
3. Frau Rösch, stellv. PDL		
4. Frau Lameyer, QMB		
5. Frau Fuchs, WBL		
6. Herr Philipp, WBL		
7. Herr Detert, WBL		
8. Herr Wunderlich, TDLTG		
9. Herr Seeberger, HKLTG		
10. Frau Pietsch, stellv. HWLTG, Bereich Speiseausgabe		
11. Frau Frisullo, stellv. HWLTG, Bereich Reinigung		
12. Frau Ebeling, stellv. HWLTG, Bereich Wäscherei		
Mitarbeiter aus den Abteilungen		
Wann wurde die Einrichtung zuletzt von anderen Qualitätsprüfungsinstitutionen besucht		
- Begutachtung zur Systemförderung DIN EN ISO 9001:2008 am 09./ 10.06. 2009		
- Infektionshygienische Überwachung durch das Gesundheitsamt am 12.05.2009		
- Qualitätsprüfung gemäß §§112ff. SGB XI durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen am 11./ 12.05.2009		
Name und Träger der Einrichtung sowie verantwortliche Personen mit Angabe der Qualifikationen:		
Name der Einrichtung:	Seniorenzentrum Bethel Bad Oeynhausen gGmbH	
Gesellschafter:	Diakoniewerk Bethel e.V.	
Heimleiter / HG:	Joachim Knollmann	
PDL / Geschäftsführerin:	Cornelia Möller	
Stv. PDL:	Beatrice Rösch	
Seit wann besteht die Einrichtung?		
seit 1977		

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

Art der Einrichtung und Versorgungssituation
 Bettenanzahl: 187, davon 16 eingestreute Kurzzeitpflegeplätze
 Aktuelle Belegung: 178 Plätze
 Auslastung in %: 95,19%

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

		Mrz 10
a.	Beatmungspflichtige Patienten	0
b.	Blasendauerkatheter	26
d.	Dekubitus	4
c.	eingeschränkte Mobilität	54
e.	Freiheitseinschränkende Maßnahmen	39
f.	Immobilität	20
g.	Kontrakturen	48
h.	MRSA	1
i.	PEG-Sonde	15
j.	Tracheostoma	0
k.	Wachkoma	0

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

Wohnbereich / Stat.	geht über Ebenen		Anzahl Wohnplätze				davon nach SGB XI eingestuft in Pflegestufe	Härte-fälle	nicht eingestuft				
	1	>1	1	2	3	>3							
Kleeblattallee	x		7	34			Belegung / 5	6	17	8			
Sonnenblumenallee	x		7	34			2	6	18	11			
Rosenallee	x		7	34			0	8	13	17			
Enzianpark		x	52	12			15	37	11	2			
Gesamt:				187			176	22	57	59	38	0	0

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

	ja	nein
stufenloser Eingang	x	
Aufzüge mit für Rollstuhlfahrer	x	
Handläufe in den Fluren bds.	x	
Haltegriffe im Sanitärbereich	x	
Behindertengerechtes Bad und	x	
Fäkalienspüle auf jeder Etage	x	
intakte und erreichbare Rufanlage	x	
höhenverstellbare Pflegebetten	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	7,00	280,00	1,25	50,00	330,00	0,00	0,00
Altenpfleger/-innen	13,00	520,00	1,75	70,00	590,00	0,66	26,40
Pflegehilfskräfte ohne	9,00	360,00	11,15	446,00	806,00	5,61	72,93
Pflegehilfskräfte mit	5,00	200,00	4,00	160,00	360,00	0,00	0,00
Auszubildende	5,00	200,00	0,00	0,00	200,00	0,00	0,00
Gesamt:	39,00	1560,00	18,15	726,00	2286,00	6,27	99,33

3 Prüfkatalog Diakonie-Siegel Pflege, Version 2³

Im Folgenden werden alle Aspekte des Prüfkataloges dargestellt, die während der Revision im Rahmen der Schwerpunktthemen besprochen wurden (**siehe Anhang 1**). Darüber hinaus werden Regelungen, bei denen die Auditoren Verbesserungspotential feststellen konnten, benannt. Alle anderen werden im vorliegenden Bericht nicht thematisiert.

3.1 Führungsprozesse

3.1.1 Führung, Politik und Strategie

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 1.5 Managementbewertung 2009	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Ziele für 2010: Dementia-Care-Mapping (DCM) - zwei Mitarbeiter werden im 'Mapping' geschult (Basisschulung). Thema des DCM: Integrative Validation: Die beobachteten Aspekte fließen in die Pflegeplanung ein.	
F: Projekt 2010: Teilnahme an der Prävalenzstudie der Charité - Schulungen für Mitarbeiter, die die Daten erheben, beginnen die kommende Woche. Die Auswertung und Präsentation der Daten wird in der zweiten Jahreshälfte erwartet.	
F: Projekt 2010: Ausbau des bundesweiten Freundeskreises: Die Ehrenamtlichen werden künftig Wohnbereichen zugeordnet und durch die Ergotherapeuten begleitet. Geschult werden die Ehrenamtlichen durch einen externen Dozenten (Themen z.B. Demenz, einfache Verrichtungen).	
F: Die Betreuung der Ehrenamtlichen ist ein 'sensibles' Thema, weil Begleitung, Rückmeldung oder Verpflichtungen (z.B. Unterschrift zur Schweigepflicht) im Rahmen ihrer Tätigkeit von einigen Ehrenamtlichen als 'negativ' empfunden wird. Deshalb werden Gespräche mit den Ehrenamtlichen gesucht, um die Bedeutung der Themen zu erläutern und die Offenheit zu steigern.	

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

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 1.5 Managementbewertung 2009	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Ziel 2010: Qualifikation von stationsgebundenen Hygienebeauftragten - Zusatzqualifikation für motivierte Mitarbeiter und Weiterentwicklung des Hygienewesens.	
F: Ziele 2010: Die Ziele werden abteilungsspezifisch heruntergebrochen: Durch die Schulungen im Umgang mit dementen Bewohnern fühlen sich die Mitarbeiter im Bereich der Hauswirtschaft sicherer und können Reaktionen und Verhaltensweisen besser deuten.	
F: Projekt 2010: Soziale Betreuung: Umgestaltung des Alltags für demente Bewohner: Was ist sinnvoll und hilfreich? --> Umgestaltung des Biografiebogens, Ausbau des Erinnerungsbereichs, um besser als bisher auf Bedürfnisse dementer Bewohner eingehen zu können.	
F: Ergebnisse 2009: Im Bereich der gerontopsychiatrischen Betreuung wurde im Zuge einer MDK-Begehung deutlich, dass sich auf diesem Gebiet die Einrichtung verbessern muss. Aus diesen Ergebnissen resultieren die Ziele 2010 (Dementia Care Mapping und Schulungen aller Bereiche zum Thema 'Umgang mit / Besonderheiten bei dementen Menschen'). Im Bereich der Pflege stießen die Mitarbeiter bei der Betreuung an die Grenzen ihrer Möglichkeiten, so dass die Schulungen auch deshalb gewünscht wurden. Ziel: Die Zusammenarbeit zwischen allen Berufsgruppen wird intensiver.	
F: Ergebnis des Projektes 2009: Die Maßnahmen sowie die zusätzlichen Betreuungsassistenten nach § 87b SGB XI haben zur 'Beruhigung' der dementen Menschen beigetragen.	
F: 2009: Kennzahlen der Einrichtung: Die Einrichtung hat Schwierigkeiten, ausreichend Mitarbeiter zu bekommen. Die Mitarbeiter, die jedoch in der Einrichtung etabliert sind, sind hoch motiviert (Stimmung, Fluktuation, Krankheitsfälle, Qualität, Bewohnerbefragung erscheinen im Konzernvergleich durchweg gut bis sehr gut) und fühlen sich gefördert.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 1.6 Kooperationen (V 2), Kooperationsvereinbarung Fußpflege (15.3.2007), Gesamtdurchschnitt Lieferantenbewertung 2009,	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: In einer Übersicht sind alle Kooperationspartner und Überprüfungsarten verzeichnet.	
F: Die Lieferantenbewertung wird systematisch unter Mitwirkung derjenigen, die hauptsächlich mit dem Lieferanten umgehen, durchgeführt. N: Gesamtübersicht 2009 (Beteiligung nach Thema - Fußpflege - Druckerei - Sanitärartikel, Fliesenlieferant)	

3.1.2 Personal

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.2.1 Dienst- und Tourenplanung (V 3)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Auf der Sonnenblumenallee funktioniert die Legende zum Dienstplan in ATOSS nicht. Ein Ausdruck auf A-3 läßt sich ebenfalls nicht durchführen.	H: Die Legende muss funktionieren, die Einstellungen den Anforderungen der Anwender angepaßt werden (Atoss - Projektleiter).

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.3.2 Einarbeitung neuer Mitarbeiter	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die sogenannten 'Zusätzliche Betreuungsassistenten' nach § 87b SGB XI bekommen zur Einarbeitung und Orientierung eine Bezugsperson sowie die Checkliste für neue Mitarbeiter. Die Einarbeitung findet systematisch statt: Erst-, Zwischen-, Abschlussgespräche.	
F: Der Erfolg der Einarbeitung aller neuen Mitarbeiter wird allgemein anhand der Fluktuation überprüft. Teilweise werden die Kündigungsgründe ausscheidender Mitarbeiter im Rahmen von Abschlussgesprächen erfragt, um ggf. das Personalmanagement verbessern zu können.	E: Um die Qualität des Einarbeitungskonzeptes überprüfen zu können, sollte gerade bei neuen Mitarbeitern ermittelt werden, ob diese innerhalb des ersten Jahres wieder die Einrichtung verlassen.
F: Das Fort- und Weiterbildungsprogramm dient auch zur Werbung von Mitarbeitern. Am Ende der Einarbeitung werden Wünsche erfragt, zurückgemeldet, was gut war bzw. was der Mitarbeiter verbessern könnte. Einer der von neuen Mitarbeitern angegebenen Gründe, die Einrichtung wieder zu verlassen: Der Dokumentationsaufwand ist ihnen zu hoch. N: Erstgesprächsprotokoll vom 1.12.2009	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.3.3 Ausbildung (V2)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Einrichtung bildet im Rahmen der Kooperation mit einem Ausbildungszentrum fünf Mitarbeiter aus. In den Wohnbereichen begleiten Praxisanleiter die Auszubildenden, nehmen an Praxisanleitertreffen in den Ausbildungsstätten teil und führen die Gespräche mit den Auszubildenden. Schüleranleitungen durch Praxisanleiter werden auf den Dienstplänen ausgewiesen.	
F: Jährliche Treffen mit den Schulen finden statt. Rückmeldungen der Schulen werden zur Überprüfung des Ausbildungskonzeptes und der Begleitung der Schüler durch die Praxisanleiter genutzt. Durch eine gute Begleitung während der Ausbildung möchte die Einrichtung künftige Pflegefachkräfte für sich gewinnen.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.3.3 Ausbildung (V2)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Auszubildende werden während ihrer Ausbildung festen Wohnbereichen zugeordnet und erhalten feste Bezugspersonen.	
F: Mit den Auszubildenden werden künftige Perspektiven in der Einrichtung noch nicht systematisch besprochen.	E: Die Einrichtung sollte auch mit den Auszubildenden regelmäßige 'Mitarbeitergespräche' führen.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.3.4 Fort- und Weiterbildung (V 6)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Pflichtfortbildungen werden in der Verfahrensweisungen nicht ausdrücklich erwähnt. N: Fortbildungsprogramm 2010	E: Pflichtfortbildungen sollten ausgewiesen werden.
F: Fortbildungen werden für alle Mitarbeiter angeboten. Gesundheitsfürsorge (Rückenschule, Laufen etc.) steht ebenso auf dem Programm.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.3.5 Mitarbeitergespräche (V1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Von Vorgesetzten werden geeignete Mitarbeiter ausgewählt, wenn deren Kompetenz vertieft werden soll (Beispiel Frau Jansen - Seelsorgekompetenz).	
F: Die Vorgesetzten führen mit ihren Mitarbeitern 'Beurteilungsgespräche', in denen auch die Wünsche der Mitarbeiter besprochen werden. Hierbei werden Eigenwahrnehmung und Fremdwahrnehmung abgeglichen. Einige Mitarbeiter empfanden die Gespräche als sehr positiv und motivierend. N: M05 Protokoll für anlassbezogene Gespräche, 27.7.09 / Mitarbeiterbeurteilungsbogen, 13.10.09	

3.1.3 Qualitätsmanagement

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.3 Fehlermanagement (V3)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Das Fehlermanagement wurde 2009 verändert - in Teamgesprächen werden nun 'Störfaktoren' thematisiert, hinter denen systematische Fehler vermutet werden. Das Prozedere hat sich etabliert und ergänzt das bisherige Verfahren (Fehlermeldungen mittels Formularen). Die Gesamtauswertung für 2009 findet im Rahmen der Managementbewertung statt.</p> <p>F: Fehlerbeispiel: Bereitschaftsdienst wurde nur unzureichend über Zwischenfall - Spülkastenleck in einer Toilette - informiert und wusste anschließend nicht, wer ihn angerufen hatte und wo das Leck vorlag. Der Bereitschaftsdienst musste daher durch die ganze Einrichtung gehen. Eine Überschwemmung konnte dennoch verhindert werden, da es Mitarbeitern gelang, die Leckage vorübergehend zu beheben. Künftig soll durch die Systematisierung von Notfallmeldungen sichergestellt werden, dass jeder Bereitschaftsdienst lückenlos informiert ist.</p>	
<p>F: Fehlerbeispiel: Haltevorrichtungen der Bettgitter für Pflegebetten brachen leicht ab. Maßnahme: Verstärkung aller Haltevorrichtungen der Pflegebetten für Bettgitter.</p>	
<p>F: Fehlerbeispiel: Temperatur des Mittagessens während der Ausgabe war teilweise zu niedrig - Umstand wurde sowohl im Rahmen des Fehlermanagements als auch durch Beschwerde offengelegt. Maßnahme: Neues Verteilsystem: Einführung eines Tablettsystems (portionierte Speisen) - zur Zeit werden mehrere Systeme ausprobiert.</p>	
<p>F: Maßnahmenpläne werden zentral von der QM-Beauftragten geführt, aber von den Verantwortlichen erstellt.</p>	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.3 Fehlermanagement (V3)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Heimbeirat: Themen des Heimbeirats: Veranstaltungsmanagement - Trennung von 'Pflege-' und 'Apartmentbereich', damit Bewohner des Pflegebereiches, die in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt sind, die Veranstaltungen nicht stören. Alle Bewohner seien ansonsten zufrieden mit der Einrichtung.</p> <p>F: Vorschlag zur Verbesserung zielgerichteter Pflege: Einführung / Ausbau der 'Palliativ Care'.</p> <p>F: In diesem Jahr wird der Heimbeirat neu gewählt. Unter den Kandidaten befinden sich sowohl Bewohner des Pflegebereichs als auch des Apartmentbereichs.</p> <p>F: Dass diese Berichte seit 2008 auch im Internet veröffentlicht werden, war dem Heimbeirat noch nicht bekannt.</p>	<p>E: Die Mitglieder des Heimbeirates sollten über die Veröffentlichung informiert, Berichte im Rahmen der Beiratssitzungen auch als Ausdruck vorgehalten werden.</p>

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.5 Beschwerdemanagement (V1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: In 2009 sind 58 Beschwerden eingegangen. Die Auswertung über die Herkunft und Art der Beschwerden fließen in die Managementbewertung ein.</p>	
<p>F: Durchschnittlich dauern Beschwerdebearbeitungen ca. fünf Tage. Ziel ist es, die Bearbeitungszeit auf drei Tage zu verkürzen. Systematische Fehler sind im Bereich der Pflege nicht festzustellen, so wird in der Managementbewertung berichtet, einmal trennte sich die Einrichtung von einem Mitarbeiter aufgrund einer Beschwerde. Alle Beschwerden wurden systematisch analysiert.</p>	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.6 Internes Audit (V3)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Auditergebnisse, Mitarbeiter- /Bewohnerbefragungen werden bei unterschiedlichen Gelegenheiten systematisch präsentiert. Ergebnisse der Pflegevisiten werden halbjährlich oder jährlich ausgewertet und präsentiert.	
F: Für jede Pflegevisite wird ein Maßnahmenplan erstellt, den die Bezugspflegefachkraft abarbeitet. Über den Monat der Visite werden die Bezugspflegefachkräfte informiert, nicht über genauen Zeitpunkt und Bewohner. Die P'DL führt die Pflegevisiten bei allen Bewohnern mit einer Pflegestufe 3 in Form einer Begleitung der Pflegenden durch. Die Wohnbereichsleitungen werden künftig auch in einem anderen Bereich visitieren (ab 1.4.10) - vorwiegend Bewohner mit einer niedrigeren Pflegestufe.	

3.2 Kernprozesse

3.2.1 Pflege

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.3 Erstkontakt, Erstgespräch (V6), M02 Erstgespräch (V5)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Bewohner kommen überwiegend aus dem Kreis. Teilweise kommen die Bewohner auch auf Empfehlungen von Mitarbeitern, Angehörigen und Bekannten.	
F: Die Angesprochenen beim Erstkontakt können Informationsmaterial verteilen, aus dem die Kontaktpersonen hervorgehen. Die PDL / stv. PDL haben ein Handy für Bereitschaftsdienste, um in Notfällen sofort Aufnahmen einleiten zu können.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.3 Erstkontakt, Erstgespräch (V6), M02 Erstgespräch (V5)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: In der Rezeption, die auch am Wochenende bis 19.00 Uhr besetzt ist, liegen Informationsmaterialien aus, die Interessenten ausgehändigt werden. Daten von Interessenten werden aufgenommen, damit sich die Einrichtung zurückmelden kann. N: Info-Mappe, Termine für Erstgespräche werden bei Bedarf auch am Wochenende verabredet.	
F: Für den Fall, dass die Aufnahme planbar ist - und nicht ad hoc erfolgen muss - erfragt die PDL pflegerische Risiken, biografische Besonderheiten und Weiteres, dass die pflegerische und Betreuungsarbeit am Aufnahmetag vereinfacht. N: Protokoll Erstgespräch.	
F: Die Betretbarkeit der Einrichtung wird rund um die Uhr gewährleistet (Schlüssel für Mieter, Klingel, die mit dem Handy der Nachtwache verbunden ist).	
F: Ca. 20 % der Bewohner ziehen direkt nach dem Krankenhausaufenthalt in die Einrichtung. Kontakte zu allen einweisenden Einrichtungen oder Ärzten werden gepflegt (regelmäßige Treffen / Informationsaustausch).	
F: Angehörige werden von Frau Briel, Ergotherapie, betreut.	

3.2.2 Hauswirtschaft

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 2.3 Verpflegung (V 2), M10.1 HACCP Konzept (V 1), M11.1a Dessert Gefahrenanalyse (V 1), M10.2 Temperaturmessung Essensausgabe (V 2)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: In der Einrichtung ist ein umfassendes Verpflegungskonzept, das auch die Bereiche des Arbeitsschutzes und der Hygiene beachtet, umgesetzt. Die Regelungen hierzu sind ausführlich.	
F: Per e-mail / telefonisch erfährt die Küche von neuen Bewohnern. Bei Mangelernährung: Die Küche stellt die erforderliche hochkalorische Kost her und erfährt von den Mitarbeitern der Wohnbereichsküchen, ob die Speisen von den Bewohnern angenommen wurden (von allen Mitarbeitern einsehbare Speisetabelle mit zugeführten Kalorien pro Tag und BMI).	
F: Die Bewohner äußerten sich bei der letzten Befragung zufrieden über die hauswirtschaftlichen Leistungen (Reinigung, Verpflegung, Wäscherei).	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 2.4 Reinigung (V 21) , M01 Reinigungsintervalle (V 2)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Reinigung wird durch eigene Mitarbeiter sichergestellt, die auf den Wohnbereichen eingeteilt sind und daher direkt für ihren Bereich verantwortlich zeichnen. Diese Modell hat sich im SZOE bewährt und wird einer Ausgliederung und Fremdleistung vorgezogen.	
F: Die Hauswirtschaft wird per Mail über den Einzug eines neuen Bewohners benachrichtigt. In problematischen Fällen (z.B. MRSA) bereitet die Hygienebeauftragte einen Wagen vor, der alle notwendigen Utensilien enthält und stellt ihn vor das Bewohnerzimmer. Die Mitarbeiter werden jährlich im Umgang mit Infektionskrankheiten geschult (--> TN-Listen werden ausgewertet - QM-Beauftragte / Ltg. Hauswirtschaft).	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 2.4 Reinigung (V 21) , M01 Reinigungsintervalle (V 2)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Beschwerden über mangelnde Sauberkeit seitens der Bewohner gab es 2009 nicht. Bei Hygienebegehungen wurden Verbesserungspotentiale festgestellt und Mängel abgestellt (z.B. regelmäßiges Spülen der Fußbodenabläufe in den Nasszellen zur Vermeidung von Geruchsbildung).	
F: Hygienebegehung fanden statt, Maßnahmenpläne liegen vor. Maßnahmenpläne werden zentral von der QM-Beauftragten geführt. Die Erledigung wird dort auch dokumentiert. N: Begehungsprotokoll 20.1.2010	
F: Externe Begehungen 2009 erbrachten keine Auffälligkeiten. N: Protokoll 12.5.09	
F: Mitarbeitergespräche werden in der Hauswirtschaft noch nicht geführt. 'Zielvereinbarungen' werden bisher abteilungsspezifisch festgelegt (2010: Alle Fußböden neu beschichten).	
F: Neben der jährlichen anonymen Befragung werden 'Stimmungsbarometer' erhoben.	
F: Der Dienstplan wird 6 - 8 Wochen im Voraus geplant.	
F: In Atoss können im Voraus keine internen Fortbildungen geplant werden.	H: Das Projekt muss in dieser Hinsicht nachgebessert werden (--> Projektleiter).

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 2.5 Wäscheversorgung (V 2) , M 4 Arbeitsanweisung Sortierung Schmutzwäschesäcke in Wäscherei (V 2)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Wäscherei der Flach- und Bewohnerwäsche wird von der Fa. Bertram übernommen, die mindestens einmal jährlich mittels 'Lieferantenbewertung' bewertet wird. Die Sortierung der Wäsche wird in der Vereinbarung beschrieben. Die Wäsche wird geleast.	
F: Die Maschinen werden auf Bakterien überprüft. N: Befundbereich 2008.	

3.2.3 Beratung und Betreuung

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 3.1 Beratungskonzept (15.2.10), M01 Beratungsprotokoll (V1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Beratungsgespräche werden systematisch dokumentiert und ausgewertet. Sie werden über die im Erstgespräch durchgeführte Risikobefragung und im Rahmen des Aufnahmeprozederes hinaus geführt.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 3.2 Soziales Betreuungskonzept (V 2)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Das soziale Betreuungskonzept wird durch Ergotherapeuten gestaltet. Sie planen ihre Maßnahmen innerhalb der ersten 14 Tage nach Einzug des Bewohners und dokumentieren sie in der gemeinsamen edv-gestützten Dokumentation mit der Pflege.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 3.3 Angehörigenarbeit (17.11.2007)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Angehörigenarbeit ist auf Beratung und Unterstützung bei krisenhaften Situationen ausgerichtet sowie auf die Erhaltung und Förderung der Kommunikation zwischen Angehörigen und ihren stationär aufgenommenen Verwandten. Darüber hinaus soll die Integration der neuen Bewohner durch die Einbeziehung der Angehörigen unterstützt werden.	
F: Angehörige werden bei der Biographiearbeit und Pflegeplanung einbezogen und sollen die Integration des Bewohners fördern.	H: Die Einrichtung muss die Angebote für Angehörige sowie die Aufgaben der Verantwortlichen, die Kontakt zu den Angehörigen herstellen und halten erläutern sowie beschreiben, wie die Rückmeldungen und Wünsche der Angehörigen systematisch in die Bewertung der eigenen Leistungen einfließen.
F: Für 2010 ist der systematische Ausbau der Angehörigenarbeit geplant. Veranstaltungen für Angehörige (z.B. zum Thema Wohnerverfügung) wurden 2009 angeboten - Kontakte zu Angehörigen ehemaliger Bewohner werden gehalten.	

3.3 Maßnahmenplan

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

4 Begutachtungen

4.1 Begutachtungen von Bereichen⁴

4.1.1 Enzianpark

Datum:	15.3.2010
Begleitpersonen / Leitungen:	Fr. Hartenstein, Fr. Möller

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*	Wird über die Wohnbereiche des Pflegebereiches vorgehalten und kontrolliert.
	Notfallausstattung*	s.o.
	Funktionkontrolle der Medizinprodukte durch die Mitarbeiter des Bereiches*	Prüfung erfolgt durch externe Firma (RR - Sanimed), die BZ-Geräte werden durch eigene Mitarbeiter systematisch überprüft.
	Beachtung des Datenschutzes*	iO
	Überwachung der Kühlschranktemperatur (dokumentiert?)	iO
F 4.5 Hygiene**	Arbeitsmittel im ausreichenden Umfang (Handschuhe, Händedesinfektionsmittel etc.) vorhanden?*	iO
	Ausstattung Pflegewagen*	iO
	Veröffentlichung von Sicherheitsanweisungen, z.B. Verhalten im Notfall*	EDV- und papiergestützt.
	Erforderliche Hygienemaßnahmen bei Isolierten (Schutzkleidung, Hauben, Mundschutz, Handschuhe, Einmalkittel, Wäsche, Abwurf, Reinigung)?*	iO
	Trennung von 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*	iO
	Lagerung des Sterilgutes*	iO
	Gesamteindruck Sauberkeit und Hygiene (Ordnung in den Dienstzimmern / Kleidung der Mitarbeiter)**	Der Bereich ist sehr sauber.
K 1.9 Umgang mit den Medikamenten*	Sachgemäße Lagerung / Aufbewahrung*	iO
	Entsorgung der Medikamente (und Spritzenbestecke)*	iO
	Entsprechen die Medikamente denen, die der Arzt angeordnet hat (Abgleich Med. / Verordnung)?*	iO
	Kontrollliste Lagergut und Medikamente*	iO
	Beschriftungen der angebrochenen Verpackungen / Blisterpackungen – nach Anbruchs- und Verfallsdatum mit Jahreszahl*	iO
	BTM – Buch und Aufbewahrung (Vollständigkeit) / Verblisterung / Vier-Augen-Prizip*	iO
K 2.2 Wohnraumgestaltung **	Gestaltung der Gemeinschaftsräume**	Sehr sauber.
	Gestaltung der Außenbereiche**	Sehr sauber.
	Individuelle Gestaltung der Zimmer**	Sehr sauber.
	Veranstaltungsübersicht**	Sehr sauber.
	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? **	k.B.
	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	Zentrallager	t.n.z.
Diakonisch-Kirchliche Angebote *	Leitbilder gut sichtbar und bewohnerorientiert angebracht?*	iO
	Ausstattung der Bewohnerzimmer mit Neuem Testament (NT)*	iO
	Angebotsübersicht gut sichtbar?*	iO
	Bibel / Feiern und Loben / andere Gesangsbücher in allen Wohnbereichen / Einlegeblätter?*	iO
	Liste der Pastoren / Pfarrer*	iO
	Utensilien zur Gestaltung des Abschieds von verstorbenen Bewohnern ('Aussegnungssets') in allen Wohnbereichen?*	iO

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
Sonstiges	Namenschilder?	iO
	FeM: Bei Freiheitsentziehenden Maßnahmen: liegt Gerichtsbeschluss vor? (Stichprobe)*	k.B.
	Handzeichenlisten aktuell? (Stichprobe: von der HZ-Liste zum Dienstplan zur Akte - Übereinstimmung?)*	iO
	Handläufe, Haltegriffe (Sanitärbereich), behindertengerechtes Bad / Toilette) auf allen Etagen*	iO
	Fäkalienspüle im unreinen Arbeitsraum*	iO
	Stufenloser Eingang *	iO
	Aufzüge mit großen, für Rollstuhlfahrer erreichbaren Bedienelementen (Höhe unter 1.20 m)*	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?	Nach dem Erstgespräch werden die Wohnbereiche über eine Aufnahme informiert - wenn nicht Umstände (Bewohner möchte noch nicht einziehen, Krankenhaus etc.) zu Verzögerungen führen.
	Kennen Sie die Ziele Ihrer Einrichtung? Kennen Sie die Ihrer Abteilung für dieses Jahr? Wissen Sie, wo Sie im Moment stehen?	iO
	Dienst- / Tourenplanung - Kap. 4.1.1	
	Interne Kommunikation - Kap. 4.1.1	
	Datenschutz - Kap. 4.3 (k113f)	
Gesamtbewertung**		Die Bereiche (Erdgeschoss und erster Stock) sind sehr sauber und erscheinen sehr gut geführt.

Legende:

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

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

4.1.2 Rosenallee

Datum:	15.3.2010
Begleitpersonen / Leitungen:	Fr. Rösch, Hr. Dietel, Fr. Lameyer, Fr. Rothlin

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?	
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*	iO
	Notfallausstattung*	iO
	Funktionskontrolle der Medizinprodukte durch die Mitarbeiter des Bereiches*	iO
	Beachtung des Datenschutzes*	iO
	Überwachung der Kühlschranktemperatur (dokumentiert?)	iO
F 4.5 Hygiene**	Arbeitsmittel im ausreichenden Umfang (Handschuhe, Händedesinfektionsmittel etc.) vorhanden?*	iO
	Ausstattung Pflegewagen*	iO
	Veröffentlichung von Sicherheitsanweisungen, z.B. Verhalten im Notfall*	iO
	Erforderliche Hygienemaßnahmen bei Isolierten (Schutzkleidung, Hauben, Mundschutz, Handschuhe, Einmalkittel, Wäsche, Abwurf, Reinigung)?*	iO
	Trennung von reinem / unreinem Arbeitsraum / Arbeitsmitteln*	iO
	Lagerungshilfsmittel*	iO
	Lagerung der Verbandsmaterialien*	iO
	Lagerung des Sterilgutes*	iO
	Gesamteindruck Sauberkeit und Hygiene (Ordnung in den Dienstzimmern / Kleidung der Mitarbeiter)**	Der Bereich ist sauber und gut geführt. Gegen Gerüche werden Duftspender aufgehängt, jedoch sind zum Teil trotzdem leichte Uringerüche in der Luft.

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
K 1.9 Umgang mit den Medikamenten*	Sachgemäße Lagerung / Aufbewahrung*	iO
	Entsorgung der Medikamente (und Spritzenbestecke)*	iO
	Entsprechen die Medikamente denen, die der Arzt angeordnet hat (Abgleich Med. / Verordnung)?*	iO
	Kontrollliste Lagergut und Medikamente*	iO
	Beschriftungen der angebrochenen Verpackungen / Blisterpackungen – nach Anbruchs- und Verfallsdatum mit Jahreszahl*	iO
	BTM – Buch und Aufbewahrung (Vollständigkeit) / Verblisterung / Vier-Augen-Prizip*	iO
K 2.2 Wohnraumgestaltung **	Gestaltung der Gemeinschaftsräume**	iO - Die Räume sollten jedoch noch mehr Bilder bzw. Gestaltung bekommen, sonst wirken die Räume sehr sachlich - ganz im Gegensatz zu den Fluren, die sehr belebt und lebendig gestaltet sind.
	Gestaltung der Außenbereiche**	iO
	Individuelle Gestaltung der Zimmer**	iO - zum Teil sehr sachlich - Standardausstattung.
	Veranstaltungsübersicht**	Gut sichtbar aufgehängt.
	Orientierungshilfen*	Farbliche Abstimmung der Wohnbereiche, die zur Benennung passen, ist gut gelungen.
K 2.3 Verpflegung *	Aktueller, gut lesbarer Speiseplan im Wohnbereich?*	iO
K 2.4 Reinigung **	Verkehrsflächen - Fußböden („runde Ecken“, Staub, Begehbarkeit)**	iO
	Gerüche?*	Teilweise Uringerüche - trotz Duftspender.
	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	Zentrallager	t.n.z.
Diakonisch-Kirchliche Angebote *	Leitbilder gut sichtbar und bewohnerorientiert angebracht?*	iO
	Ausstattung der Bewohnerzimmer mit Neuem Testament (NT)*	iO
	Angebotsübersicht gut sichtbar?*	iO
	Bibel / Feiern und Loben / andere Gesangsbücher in allen Wohnbereichen / Einlegeblätter?*	iO
	Liste der Pastoren / Pfarrer*	iO
	Utensilien zur Gestaltung des Abschieds von verstorbenen Bewohnern ('Aussegnungssets') in allen Wohnbereichen?*	iO

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
Sonstiges	Namenschilder?	iO
	FeM: Bei Freiheitsentziehenden Maßnahmen: liegt Gerichtsbeschluss vor? (Stichprobe)*	iO
	Handzeichenlisten aktuell? (Stichprobe: von der HZ-Liste zum Dienstplan zur Akte - Übereinstimmung?)*	iO
	Handläufe, Haltegriffe (Sanitärbereich), behindertengerechtes Bad / Toilette) auf allen Etagen*	iO
	Fäkalienspüle im unreinen Arbeitsraum*	iO
	Stufenloser Eingang *	iO
	Aufzüge mit großen, für Rollstuhlfahrer erreichbaren Bedienelementen (Höhe unter 1.20 m)*	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?	iO
	Kennen Sie die Ziele Ihrer Einrichtung? Kennen Sie die Ihrer Abteilung für dieses Jahr? Wissen Sie, wo Sie im Moment stehen?	iO
	Dienst- / Tourenplanung - Kap. 4.1.1	
	Interne Kommunikation - Kap. 4.1.1	
	Datenschutz - Kap. 4.3 (k113f)	
Gesamtbewertung**		Die Sonnenblumenallee ist sehr sauber und gut geführt. Aufgrund der Inkontinenz einiger Bewohner lassen sich trotz Duftspender leichte Uringerüche nicht ganz vermeiden. Die Wäsche wird nach Bedarf auch von den Mitarbeitern in die Wäscherei gebracht, damit von der Schmutzwäsche ausgehende Gerüche sich nicht verbreiten können.

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 Reinigung / Wäscherei

Datum:	15.3.2010
Begleitpersonen / Leitungen:	Fr. Ebeling, Fr. Riesner, Fr. Rothlin, Fr. Lameyer, 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*	t.n.z.
	Notfallausstattung*	Wohnbereich 1 - Verbandskasten / Verbandsbuch ist vorhanden.
	Funktionskontrolle der Medizinprodukte durch die Mitarbeiter des Bereiches*	Waschmaschinen: Wartung durch Fa. Brinkmann / Abklatschtests einmal jährlich.
	Beachtung des Datenschutzes*	iO
	Überwachung der Kühlschranktemperatur (dokumentiert?)	t.n.z.
F 4.5 Hygiene**	Arbeitsmittel im ausreichenden Umfang (Handschuhe, Händedesinfektionsmittel etc.) vorhanden?*	iO
	Ausstattung Pflegewagen*	t.n.z.
	Veröffentlichung von Sicherheitsanweisungen, z.B. Verhalten im Notfall*	iO
	Erforderliche Hygienemaßnahmen bei Isolierten (Schutzkleidung, Hauben, Mundschutz, Handschuhe, Einmalkittel, Wäsche, Abwurf, Reinigung)?*	MRSA - Wäsche wird bereitgehalten - benutzte Wäsche schlüssig entsorgt.
	Trennung von reinem / unreinem Arbeitsraum / Arbeitsmitteln*	iO
	Lagerungshilfsmittel*	Werden in der Wäscherei gelagert.
	Lagerung der Verbandsmaterialien*	t.n.z.
	Lagerung des Sterilgutes*	t.n.z.
	Gesamteindruck Sauberkeit und Hygiene (Ordnung in den Dienstzimmern / Kleidung der Mitarbeiter)**	Der Wagen, der die Materialien für das Isolierzimmer enthält, zeigte Abnutzungsspuren.

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
K 1.9 Umgang mit den Medikamenten*	Sachgemäße Lagerung / Aufbewahrung*	t.n.z.
	Entsorgung der Medikamente (und Spritzenbestecke)*	t.n.z.
	Entsprechen die Medikamente denen, die der Arzt angeordnet hat (Abgleich Med. / Verordnung)?*	t.n.z.
	Kontrollliste Lagergut und Medikamente*	t.n.z.
	Beschriftungen der angebrochenen Verpackungen / Blisterpackungen – nach Anbruchs- und Verfallsdatum mit Jahreszahl*	t.n.z.
	BTM – Buch und Aufbewahrung (Vollständigkeit) / Verblisterung / Vier-Augen-Prizip*	t.n.z.
K 2.2 Wohnraumgestaltung **	Gestaltung der Gemeinschaftsräume**	k.B.
	Gestaltung der Außenbereiche**	k.B.
	Individuelle Gestaltung der Zimmer**	k.B.
	Veranstaltungsübersicht**	k.B.
	Orientierungshilfen*	k.B.
K 2.3 Verpflegung *	Aktueller, gut lesbarer Speiseplan im Wohnbereich?*	t.n.z.
K 2.4 Reinigung **	Verkehrsflächen - Fußböden („runde Ecken“, Staub, Begehbarkeit)**	iO
	Gerüche?*	Geruch nach Urin im Wohnbereich Kleeblatt.
	Sanitärbereiche und Funktionsräume**	t.n.z.
	Sauberkeit und Ordnung in Gemeinschaftsräumen**	k.B.
	Sauberkeit der Umgebung: Fenster, Sonnenschutz / Jalousien **	k.B.
	Sauberkeit Verteilerküchen**	t.n.z.
U 1.5 Beschaffung und Lagerung	Zentrallager	iO
Diakonisch-Kirchliche Angebote *	Leitbilder gut sichtbar und bewohnerorientiert angebracht?*	iO
	Ausstattung der Bewohnerzimmer mit Neuem Testament (NT)*	t.n.z.
	Angebotsübersicht gut sichtbar?*	t.n.z.
	Bibel / Feiern und Loben / andere Gesangsbücher in allen Wohnbereichen / Einlegeblätter?*	t.n.z.
	Liste der Pastoren / Pfarrer*	t.n.z.
	Utensilien zur Gestaltung des Abschieds von verstorbenen Bewohnern ('Aussegnungssets') in allen Wohnbereichen?*	t.n.z.

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
Sonstiges	Namenschilder?	iO
	FeM: Bei Freiheitsentziehenden Maßnahmen: liegt Gerichtsbeschluss vor? (Stichprobe)*	t.n.z.
	Handzeichenlisten aktuell? (Stichprobe: von der HZ-Liste zum Dienstplan zur Akte - Übereinstimmung?)*	k.B.
	Handläufe, Haltegriffe (Sanitärbereich), behindertengerechtes Bad / Toilette) auf allen Etagen*	iO
	Fäkalienspüle im unreinen Arbeitsraum*	t.n.z.
	Stufenloser Eingang *	iO
	Aufzüge mit großen, für Rollstuhlfahrer erreichbaren Bedienelementen (Höhe unter 1.20 m)*	Nicht für den öffentlichen Bereich - Fahrstuhl in die Wäscherei sieht abgenutzt aus (Löcher in der Wand).
	Rufanlage in jedem Zimmer vorhanden / Nachtbeleuchtung*	t.n.z.
	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?	t.n.z.
	Kennen Sie die Ziele Ihrer Einrichtung? Kennen Sie die Ihrer Abteilung für dieses Jahr? Wissen Sie, wo Sie im Moment stehen?	iO
	Dienst- / Tourenplanung - Kap. 4.1.1	
	Interne Kommunikation - Kap. 4.1.1	
	Datenschutz - Kap. 4.3 (k113f)	
Gesamtbewertung**		Die Bereiche sind gut bis sehr gut geführt. In einem Wohnbereich und Fahrstuhl roch es nach Urin.

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:	16.3.2010			Geb.Datum:	
Name, Vorname:				Bereich / Abteilung:	Sonnenblumenallee
Betreuung:	Angehörige			Pflegestufe:	2
Derzeitige Situation:	Unterstützung und Anleitung in allen LA, Freiheitsentziehende Maßnahmen (richterlicher Beschluss liegt vor und ist bis 2012 gültig), Mobilisation an die Bettkante, kann mit dem Rollator ans Waschbecken laufen (bewegungseingeschränkt), Desorientierung vor allem in der Nacht (mit Ängsten und Alpträumen). Sturzgefährdung - kann selbst mit dem Rollator auf die Toilette gehen (stuhlkontinent) - suprapubischer Katheter.				
Medizinische Diagnosen:	Morbus Parkinson, Demenz, Zustand nach Überlaufblase (neurologisch verursacht - durch Urologen Abklärung weiterer Maßnahmen --> suprapubischer Katheter).				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:	iO	Augen:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	iO	Zahnfleisch:	iO
Zunge:	iO	Achseln:	iO	Ellenbogen:	iO
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	iO	Brust:	iO
Bauchnabel:	iO	Hüften:	iO	Gluteal / Sakral	iO
Analgegend:	iO	Leistenbereich:	iO	Intimbereich:	iO
Fuß/Ferse/Fußnägel:	Mykose.	Zehenzwischenräume:	iO	Hautzustand:	iO
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.	ggf. Ödeme:	Schwellungen im Bereich der Unterschenkel - Kompressionsstrümpfe.
Wunden:	Einstichstelle Suprapubischer DK - reizlos.	Orientierung:	Bewohnerin ist kooperativ, desorientiert - orientiert zur Zeit.	Schmerzen:	t.n.z.
DK:	Suprapubischer DK - ohne Verband - Einstichstelle reizlos.	IKM:	Offen.		
Atmosphäre:	Sachlich.	Bett (auch: höhenverstellbar)	Sauber.	Wandschmuck/Bilder	Persönlich.
Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel	Das Zimmer ist sauber.	Gerüche:	Keine.	Kleidung:	Persönlich.
Nasszelle / WC:	Sauber.	Mobiliar:	Ein eigener Schrank steht im Zimmer.		
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Eine Befragung ist nicht möglich.		Essen:	"Es gibt manchmal komisches Essen" / "Pudding wäre gut"	
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):			Pflegerische Versorgung:		
Medizinische Versorgung:			Therapeutische Anwendungen:		
Sollte etwas verbessert werden?	"Es ist alles prima so."		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Sachlich, zugewandt.	
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?	Die Kompressionsstrümpfe sind schon abgetragen und sollten erneuert werden.				
Gesamteindruck / Bewertung:	Die Bewohnerin ist sehr gut versorgt.			+ / -	

4.2.2 Bewohner 2

Datum:	16.3.2010		Geb.Datum:		
Name, Vorname:			Bereich / Abteilung:	Sonnenblumenallee	
Betreuung:	Angehöriger		Pflegestufe:	3	
Derzeitige Situation:	Vollständige Übernahme aller LA, lagert sich im Bett selbst - Sturzgefährdung - Mobilisation mit Hilfe einer oder zwei Pflegekräften in den Rollstuhl - kann sich mit dem Rollstuhl selbstständig auf dem Wohnbereich bewegen - Weglauftendenz, Desorientierung zur Situation, zum Ort, zur Zeit, zu Personen. Inkontinenz (Toiletentraining), isst selbstständig und ausreichend (BMI ca. 26), Kooperation unterschiedlich.				
Medizinische Diagnosen:	Apoplex, Hemiparese links (vor Aufnahme 2005).				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:	iO	Augen:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	iO	Zahnfleisch:	iO
Zunge:	iO	Achseln:	iO	Ellenbogen:	iO
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	iO	Brust:	iO
Bauchnabel:	iO	Hüften:	iO	Gluteal / Sakral	iO
Analegend:	iO	Leistenbereich:	iO	Intimbereich:	k.B.
Fuß/Ferse/Fußnägel:	iO	Zehenzwischenräume:	iO	Hautzustand:	Etwas trocken.
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.	ggf. Ödeme:	t.n.z.
Wunden:	t.n.z.	Orientierung:	Desorientiert zur Situation, Person, zur Zeit.	Schmerzen:	t.n.z.
DK:	t.n.z.	IKM:	Offen.		
Atmosphäre:	Sachlich.	Bett (auch: höhenverstellbar)	Sauber.	Wandschmuck/Bilder	Eigene Bilder.
Sauberkeit Zimmer / Nachtsiche / Hilfsmittel	Sehr sauber.	Gerüche:	Keine.	Kleidung:	Persönlich.
Nasszelle / WC:	Sehr sauber.	Mobiliar:	Wenig eigenes Mobiliar.		
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Befragung nicht möglich.		Essen:		
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):			Pflegerische Versorgung:		
Medizinische Versorgung:			Therapeutische Anwendungen:		
Sollte etwas verbessert werden?			Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Umgang herzlich, angemessen. - Ansprache: 'Wir' (Stehen wir mal auf ...).	
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?	E: Die Ansprache sollte sich immer auf die Person richten, nicht vom 'wir' sprechen.				
Gesamteindruck / Bewertung:	Die Bewohnerin ist sehr gut versorgt.		+ / -		

4.2.3 Bewohner 3

Datum:	16.3.2010			Geb.Datum:	
Name, Vorname:				Bereich / Abteilung:	Kleeblattallee
Betreuung:				Pflegestufe:	2
Derzeitige Situation:	Orientiert, bewegungseingeschränkt - Unterstützung bei der Lagerung im Bett wegen der Dekubitusgefährdung. Kann kurze Zeit am Waschbecken stehen. Mobilisation in den Rollstuhl. Auf eigenen Wunsch zur Nacht: Bettgitter (Freiheitseinschränkende Maßnahme auf Wunsch - Unterschrift liegt vor). DK - möchte diesen auf eigenen Wunsch behalten (wurde über die Risiken aufgeklärt).				
Medizinische Diagnosen:	Zustand nach Apoplex, Hemiparese links. Könnte im Anschluss an den Apoplex von den Angehörigen zu Hause nicht mehr versorgt werden.				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:	iO	Augen:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	iO	Zahnfleisch:	iO
Zunge:	iO	Achseln:	iO	Ellenbogen:	iO
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	iO	Brust:	iO
Bauchnabel:	iO	Hüften:	iO	Gluteal / Sakral	iO
Analgegend:	iO	Leistenbereich:	iO	Intimbereich:	iO
Fuß/Ferse/Fußnägel:	iO	Zehenzwischenräume:	iO	Hautzustand:	Etwas trockene Haut.
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.	ggf. Ödeme:	t.n.z.
Wunden:	t.n.z.	Orientierung:	Vollständig orientiert.	Schmerzen:	Keine Schmerzáußerungen.
DK:	Ch. 18, Wechsel in vierwöchigem	IKM:	Offen.		
Atmosphäre:	Standardeinrichtung.	Bett (auch: höhenverstellbar)	Sauber.	Wandschmuck/Bilder	Schöne Präsentation persönlicher Fotos auf einer eigener Komode.
Sauberkeit Zimmer / Nachttische / Hilfsmittel	Die Zimmer sind sehr sauber.	Gerüche:	Leichter Uringeruch.	Kleidung:	Persönlich.
Nasszelle / WC:	Sehr sauber.	Mobiliar:	Standard.		
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	"Singen, Treffen in der guten Stube - macht Spaß."		Essen:	"Das Essen darf nicht besser sein, sonst werde ich zu dick."	
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):	"Da lege ich nicht so einen Wert drauf."		Pflegerische Versorgung:	"Die sehen hier alles und tun gleich was - die sind sehr gut."	
Medizinische Versorgung:	t.n.z.		Therapeutische Anwendungen:	Das Angebot einer Krankengymnastik von extern wird wahrgenommen.	
Sollte etwas verbessert werden?	"Hier ist es wirklich sehr schön." / "Ich bin auf Empfehlung ins Bethel gekommen."		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Zugewandt, herzlich.	
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?					
Gesamteindruck / Bewertung:	Die Bewohnerin ist zufrieden und sehr gut versorgt.		+ / -		

4.2.4 Bewohner 4

Datum:	16.3.2010		Geb.Datum:		
Name, Vorname:			Bereich / Abteilung:	Rosenallee	
Betreuung:	Ja.		Pflegestufe:	3	
Derzeitige Situation:	Selbstpflegerische Defizite - Unterstützung in allen LA notwendig.				
Medizinische Diagnosen:	Demenz, Osteoporose, Herzinsuffizienz, Rhythmusstörungen, Gastritis.				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:	iO	Augen:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	iO	Zahnfleisch:	Nicht beurteilbar.
Zunge:	Nicht beurteilbar.	Achseln:	iO	Ellenbogen:	iO
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	iO	Brust:	iO
Bauchnabel:	iO	Hüften:	iO	Gluteal / Sakral	iO
Analegend:	Ganz leicht gerötet.	Leistenbereich:	iO	Intimbereich:	iO
Fuß/Ferse/Fußnägel:	iO	Zehenzwischenräume:	iO	Hautzustand:	Gut gepflegt und geschmeidig.
Ernährungszustand:	Herabgesetzt - BMI 17,5.	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.	ggf. Ödeme:	t.n.z.
Wunden:	t.n.z.	Orientierung:	Erkennt nahe Angehörige, die	Schmerzen:	Kann keine Angaben machen.
DK:	t.n.z.	IKM:	Offen.		
Atmosphäre:	"Standard."	Bett (auch: höhenverstellbar)	Sehr sauber.	Wandschmuck/Bilder	Eigene Bilder.
Sauberkeit Zimmer / Nachttische /	Sehr sauber.	Gerüche:	Keine Gerüche.	Kleidung:	Persönlich.
Nasszelle / WC:	Sehr sauber.	Mobiliar:	Standard.		
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Keine Befragung der Bewohnerin 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:	Angepasst, zugewandt.	
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?					
Gesamteindruck / Bewertung:	Die Bewohnerin wird pflegerisch sehr gut versorgt.		+ / -		

4.2.5 Bewohner 5

Datum:	16.3.2010			Geb.Datum:	
Name, Vorname:				Bereich / Abteilung:	Rosenallee
Betreuung:	Bewohnerverfügung, Betreuer			Pflegestufe:	3
Derzeitige Situation:	Selbstpflegedefizit - Antriebslosigkeit auf Grund einer Demenz. Anleitung zur Nahrungsaufnahme reicht teilweise aus - zum Teil muss das Essen angereicht werden.				
Medizinische Diagnosen:	Demenz, Herzinsuffizienz, Coxarthrose, Synkopen.				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:	iO	Augen:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	iO	Zahnfleisch:	iO
Zunge:	iO	Achseln:	iO	Ellenbogen:	iO
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	iO	Brust:	iO
Bauchnabel:	iO	Hüften:	iO	Gluteal / Sakral	iO
Analgegend:	iO	Leistenbereich:	iO	Intimbereich:	iO
Fuß/Ferse/Fußnägel:	iO	Zehenzwischenräume:	iO	Hautzustand:	iO
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.	ggf. Ödeme:	t.n.z.
Wunden:	t.n.z.	Orientierung:	Erscheint zum teil desorientiert.	Schmerzen:	Keine Schmerzáußerungen.
DK:	t.n.z.	IKM:	Offen.		
Atmosphäre:	Standard.	Bett (auch: höhenverstellbar)	Sehr sauber.	Wandschmuck/Bilder	Ein paar eigene Bilder hängen an der Wand.
Sauberkeit Zimmer / Nachttische / Hilfsmittel	Sehr sauber.	Gerüche:	Keine.	Kleidung:	Persönlich.
Nasszelle / WC:	Sehr sauber.	Mobiliar:	Wenig eigenes Mobiliar.		
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 ist pflegerisch sehr gut versorgt.			+ / -	

4.2.6 Bewohner 6

Datum:	16.3.2010			Geb.Datum:	
Name, Vorname:				Bereich / Abteilung:	Sonnenblumenallee
Betreuung:	Angehöriger			Pflegestufe:	3
Derzeitige Situation:	Bettlägerigkeit, Kontrakturen, Dauerkatheter, PEG-Sonde.				
Medizinische Diagnosen:	Korsakow Syndrom, Hypertonie, HOPS, Prostatahyperplasie.				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:	iO	Augen:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	Mundpflege sehr schwierig.	Zahnfleisch:	iO
Zunge:	iO	Achseln:	iO	Ellenbogen:	iO
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	iO	Brust:	iO
Bauchnabel:	iO	Hüften:	iO	Gluteal / Sakral	iO
Analgegend:	iO	Leistenbereich:	iO	Intimbereich:	iO
Fuß/Ferse/Fußnägel:	iO	Zehenzwischenräume:	iO	Hautzustand:	iO
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:	iO	ggf. Ödeme:	t.n.z.
Wunden:	Einstichstelle PEG: iO.	Orientierung:	Vollständig desorientiert.	Schmerzen:	Teilweise Schmerzäußerungen.
DK:	Vorhanden - Größe nicht ermittelt.	IKM:	Offen.		
Atmosphäre:	Sachlich.	Bett (auch: höhenverstellbar)	Sauber.	Wandschmuck/Bilder	Eigene Bilder.
Sauberkeit Zimmer / Nachtsche /	Sehr sauber.	Gerüche:	Keine.	Kleidung:	Persönlich.
Nasszelle / WC:	Sehr sauber.	Mobiliar:	Eigenes Mobiliar.		
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Keine Befragung möglich. Einzelbetreuung dokumentiert.		Essen:		
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):	Einzelbetreuung durch Bezugspflegefachkraft, die Seelsorgehelferin ist.		Pflegerische Versorgung:		
Medizinische Versorgung:			Therapeutische Anwendungen:		
Sollte etwas verbessert werden?			Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Zugewandt, angemessen.	
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?					
Gesamteindruck / Bewertung:	Der Bewohner ist pflegerisch sehr gut versorgt.		+ / -		

4.3 Überprüfung der Dokumentation

	Stammblatt	Anamnese / Biografiearbeit*	Pflegeplanung	Pflegeplanung innerhalb der vorgegebenen Frist erstellt?*	Pflegebericht	Leistungsnachweis / -dokumentation*	Dekubitusrisikoskala /-einschätzung*	Lagerungsprotokoll*	Betreuungsplanung und -nachweis	Wundprotokoll / -dokumentation*	Ernährungs- / Trinkprotokoll*	Sturzrisiko*	Förderung der Harnkontinenz*	Vitalzeichenkontrollblatt	Ärztliches Verordnungsblatt / Visitenprotokoll	Schmerzdokumentation	Medikamentenplan	Therapiedokumentation / Aktivierungsbogen	Seelsorge (Durchführungsnachweis / Dokumentation)*	Spirituelle Bedürfnisse des BW / Pat. dokumentiert (Anamnese)*	Überleitungsbogen	Leerstelle (zusätzliche Formulare KH / RK)	Ärztliches Verlaufsblatt	Therapeutisches Verlaufsblatt	Befunddokumentation	Vollständigkeit* / Anwendung*	Bewertung der Vollständigkeit und Schriftführung in Schulnoten	
1.																												
	Keine Überprüfung der Dokumentation.																											
2.																												
	Keine Überprüfung der Dokumentation.																											
3.	2	2	2	0	2	2	2	2	2		2	2		2	2		2			2						2	1,0	
	<p>Zustand bei Aufnahme (seit Januar 2010): Schlechter Allgemeinzustand - konnte vom Angehörigen nicht mehr versorgt werden, weil dieser schwer erkrankte. Zustand nach Apoplex mit Hemiparese links - vollständige Übernahme in allen LA. Essen / Trinken kann sie selbst. War orientiert und kooperativ. Mobilisation in den Rollstuhl. Dekubitusgefährdung - wurde gelagert. Bettgitter auf eigenen Wunsch (Einverständniserklärung für FeM liegt vor). Kein früherer Sturz bekannt. Dauerkatheter sollte auf eigenen Wunsch nicht gezogen werden (auf Risiken eines transurethralen DK wurde sie hingewiesen). War sehr kooperativ und nahm sofort an den sozialen Aktivitäten teil. Die Biographie wurde ausgefüllt. Ihr soziales Umfeld wird beschrieben. Fühlte sich im Seniorenzentrum sehr wohl und möchte in der Einrichtung bleiben.</p> <p>Schlüsselergebnisse: Keine.</p> <p>Gegenwärtiger Zustand: Unverändert.</p> <p>Ausblick: Der Angehörige wird weiterhin in einer Klinik behandelt. Die Bewohnerin möchte in der Einrichtung bleiben. Durch regelmäßige krankengymnastische Übungen haben die Spastiken im linken Bein nachgelassen. Möglicherweise verbessert sich die Kraft in den Beinen.</p> <p>Bewertung: Die Pflegeplanung findet nicht mehr in MCC statt, sondern auf Excel. Risiken sind in der Ersterhebung notiert.</p>																											
	2,0																											
4.	2	2	2	0	2	2	2		2	2	2	2		2	2	2	2			2						2	2,0	
	<p>Zustand bei Aufnahme (seit Januar 2002): Zustand nach KH-Aufenthalt wegen Ileus-Zeichen unklarer Genese. Bettlägerig; war 'sehr auf sich bedacht' - wurde mobilisiert und sollte nach erfolgreicher Mobilisation wieder nach Hause entlassen werden. Ihr gefiel es jedoch in der Einrichtung sehr gut, so dass sie sich entschloss, zu bleiben. Die Ernährung ist aus o.g. Gründen eingeschränkt. Aufgrund von Behinderungen hat die Bewohnerin Schmerzen im Beckenbereich links und in der Schulter.</p> <p>Schlüsselergebnisse: Keine.</p> <p>Gegenwärtiger Zustand: Chronische Schmerzen - Basismedikation. Bewohnerin schreit sehr viel - keine definierbaren Laute - keine Verständlichkeit und keine adäquate Antwort. Orientierung nicht feststellbar. Einzige Willensäußerung: wenn sie nicht essen möchte. Schreien - Schmerz? Angst? Hat in den letzten Jahre zunehmend an Gewicht verloren. Eine Abklärung der Ursachen der Veränderung wurde ärztlicherseits und von Seiten der Angehörigen abgelehnt. Hochkalorische Kost ist angesetzt. Der Veränderungsprozess fand schleichend statt - ihm liegt kein Schlüsselereignis zu Grunde. Verdacht auf CA - Abklärung jedoch abgelehnt. Pergamenthaut - Schürfungen durch Scherkräfte.</p> <p>Ausblick: Die Bewohnerin hat gegenüber einer seelsorgerischen Begleitung geäußert, dass sie ihr Leben gelebt habe und nun sterben wolle. Solche Äußerungen kommen zwischendurch, können jedoch nicht auf Nachfrage 'provoziert' werden. Dokumentiert wurde während einer Visite, dass die Bewohnerin einen angenehmen Lebensabend erhalten und keine invasiven Maßnahmen mehr eingeleitet werden sollen (vgl. auch Fallbesprechungen, Visitenprotokolle).</p> <p>Bewertung: Papiergestützte Dokumentation lässt sich mühevoll recherchieren. Die erste Papierplanung stammt vom 16.1.2002. Die erste elektronische Planung ist von März 2003. Die derzeitige Dokumentation ist vollständig.</p>																											
	1,5																											

	Stammblatt	Anamnese / Biografiearbeit*	Pflegeplanung	Pflegeplanung innerhalb der vorgegebenen Frist erstellt?*	Pflegebericht	Leistungsnachweis / -dokumentation*	Dekubitusrisikokala /-einschätzung*	Lagerungsprotokoll*	Betreuungsplanung und -nachweis	Wundprotokoll / -dokumentation*	Ernährungs- / Trinkprotokoll*	Sturzrisiko*	Förderung der Harnkontinenz*	Vitalzeichenkontrollblatt	Ärztliches Verordnungsblatt / Visitenprotokoll	Schmerzdokumentation	Medikamentenplan	Therapiedokumentation / Aktivierungsbogen	Seelsorge (Durchführungsnachweis / Dokumentation)*	Spirituelle Bedürfnisse des BW / Pat. dokumentiert (Anamnese)*	Überleitungsbogen	Leerstelle (zusätzliche Formulare KH / RK)	Ärztliches Verlaufsblatt	Therapeutisches Verlaufsblatt	Befunddokumentation	Vollständigkeit* / Anwendung*	Bewertung der Vollständigkeit und Schriftführung in Schulnoten		
5.																													
	Keine Überprüfung der Dokumentation.																												
6.																													
	Keine Überprüfung der Dokumentation.																												
7.	2	2	2	2	2	2	2				2	2																	
	<p>Zustand bei Aufnahme (seit Anfang März 2010): Zustand nach Apoplex ohne Ausfallerscheinungen - Einschränkungen in der Sprache und beim Schluckreflex - verwaschene Sprache. Eingeschränkte Nierenfunktion, Hörsturz mit starken Höreinschränkungen. Unklare Angaben zur Vorgeschichte durch die Angehörigen. Exsikkose - Infusionstherapie im Krankenhaus. Bewohner konnte noch laufen und stehen und erscheint kooperativ -> hochkalorische, passierte Kost. Verschluckte sich zum Teil trotz eingedickter Kost. Gehen ist zur Zeit für ca. 10 Meter möglich, bevor der Bewohner eine Pause einlegen muss - benötigt einen Rollator. Besseres Schuhwerk wurde von den Angehörigen gebracht. Reagierte auf Ansprache, fand sich aber zur Situation und zum Ort nicht zurecht. Den DK, der dem Bewohner während seines Krankenhausaufenthaltes gelegt wurde, wurde in der Einrichtung in Abstimmung mit dem Hausarzt und Bewohner gezogen.</p> <p>Schlüsselergebnisse: Überweisung ins Krankenhaus heute Morgen, da Bewohner nicht mehr ansprechbar war.</p> <p>Gegenwärtiger Zustand: Bewohner wird einmal wöchentlich im Krankenhaus besucht und der Kontakt zu den Angehörigen gehalten.</p> <p>Ausblick: Rückverlegung aus dem Krankenhaus.</p> <p>Bewertung: Die Schilderung ist umfassend, die Maßnahmen sind angemessen.</p>																												1,5
8.	2	2											2	2	2	2					2	2							
	<p>Zustand bei Aufnahme (seit 9.12.2008): Wegen unzureichender Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme dehydriert - lebte alleine in ihrer Wohnung --> subkutane Infusionen in den ersten Tagen nach Einzug. Eingeschränkte Mobilität - Rollstuhlfahrerin mit der Tendenz, das Haus zu verlassen - wollte wieder nach Hause (Desorientiert zur Situation - konnte sich jedoch zu ihren Wünschen äußern). Benötigte sehr viel Aufmerksamkeit und Beschäftigung (Beschäftigungstherapie durch Ergotherapeuten, Gottesdienste). Wandern mit Betreuungskraft (durch das Haus, ins Café, in den Garten). Biographie wurde erhoben ("emanzipiertes Leben") - Versuch im Rahmen der Betreuung, die Wertschätzung gegenüber der Bewohnerin auszudrücken (Haar-, Haut-, Nagelpflege). Sturzgefährdung - Bettgitter, Arthrose mit für sie erträglichen Schmerzen während der Nacht. Dranginkontinenz - Vorlagen. Meldet sich jedoch bei Harndrang, häufig aber auch zu spät.</p> <p>Schlüsselergebnisse: Einweisung ins Krankenhaus wg. Bronchopneumonie. Nach Wiederaufnahme Versuch der verstärkten Mobilisierung (--> Schmerzmanagement mit dem Ziel, die Schmerzen erträglich sowie die Mobilität zu halten).</p> <p>Gegenwärtiger Zustand: Trinkt nun besser und ausreichend - Einfuhrkontrolle. Zurück in ihre alte Wohnung, um dort alleine zu leben, sei aber nach Meinung ihres Betreuers trotzdem ausgeschlossen. Sie äußert nicht mehr so häufig, dass sie nach Hause wolle. Kann teilweise ihre eigene Situation nicht einschätzen.</p> <p>Ausblick: Selbstbestimmung erhalten und unterstützen sowie Erhaltung ihrer sozialen Kontakte fördern. Teilnahme am öffentlichen Leben soll gewährleistet bleiben. Ihre Mobilität soll nach Möglichkeit noch verbessert werden (Physiotherapeutin soll angesetzt werden).</p> <p>Bewertung: Die Schilderung ist umfassend - Orientierung an Maßnahmen. Der Überblick kommt durch Nachfragen lückenlos zustande.</p>																												1,5

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

5 Zusammenfassung

Der Leitung gelingt es immer wieder, das Leben ihrer Einrichtung neu ‚zu entfachen‘ und sich mit guten Ideen bei ihren Bewohnern und Besuchern ins Gespräch zu bringen. Der ‚Zirkus der Generationen‘, die ‚Ü-80-Party‘ oder der ‚Längste Erdbeerkuchen der Welt‘ sind hierfür sehr schöne Beispiele.

Die Integration des Kindergartens, das Hygienemanagement, die Mitarbeitergespräche oder das ‚Dementia-Care-Mapping‘ für Menschen mit stark eingeschränkter Alltagskompetenz stellen Beispiele für besonders gelungene und ehrgeizige Konzepte dar.

Das Management entwickelt die Einrichtung systematisch weiter. Das Qualitätsmanagement vermittelt eine umfassende Verankerung in allen geprüften Bereichen, das Fort- und Weiterbildungsmanagement (FB/WB-Management) scheint alle Bedarfe auf Seiten der Mitarbeiter aller Abteilungen und der Einrichtung selbst systematisch zu integrieren.

Das FB/WB-Management sollte einen größeren Planungshorizont als ein Jahr verwenden, denn beispielsweise nicht alle Themen eines Expertenstandards lassen sich in einem Jahr erschöpfend behandeln. Darüber hinaus sollten zur Unterstützung der Fachkompetenz Fortbildungspunkte im Rahmen der ‚Registrierung beruflich Pflegender‘ vergeben und zur besseren Planbarkeit aller Veranstaltungen Mindestbudgets festgelegt werden.

Die Betreuung wird durch Ergotherapeuten organisiert und sichergestellt, die Dokumentation wird in den Bewohnerakten vorgenommen. Bei Neuaufnahme eines Bewohners wird die zeitige Information aller beteiligten Berufsgruppen sichergestellt (**vgl. Kapitel 3**).

Die Sauberkeit und Ordnung in der Einrichtung wird auf den Umstand zurückgeführt, dass in der Reinigung und Wäscherei noch eigene Mitarbeiter beschäftigt werden, die sich jeweils für die ihnen zugeordneten Bereiche verantwortlich fühlen.

Diesbezüglich fielen nur Kleinigkeiten auf – ein etwas abgenutzter Wagen vor einem Bewohnerzimmer, auf dem sich die Utensilien für einen, aufgrund seiner Keimlage isolierten Bewohner befanden (MRSA) und eine Aluminiumkiste, deren Ober- und Seitenflächen durch Verätzungen mit weißen Flecken und Schlieren übersät war.

Die langen Flure sind sehr ideen- und detailreich gestaltet und laden in den Wintergärten zum Verweilen ein. Dagegen erscheinen viele Bewohnerzimmer und Gemeinschaftsräume recht funktional, teilweise spartanisch ausgestattet.

Zeitweise durchziehen, trotz vielfach aufgehängter Duftspender und einem gut organisierten Schmutzwäscheabtransport, schlechte Gerüche die Einrichtung. Gerade zu den Essenszeiten könnten diese appetithemmend wirken. Im Zusammenhang mit dem ‚Dementia-Care-Mapping-Konzept‘ sollten weitere Möglichkeiten der Geruchshemmung diskutiert werden (**vgl. Kapitel 4.1 und 4.2**).

Dieses Mal konnte nur eine Bewohnerin hinsichtlich ihre Zufriedenheit befragt werden. Sie äußerte sich sehr positiv über die Einrichtung. Bei der Inaugenscheinnahme der für die Stichprobe ausgewählten Bewohner gab es keine Auffälligkeiten, alle wurden pflegerisch sehr gut versorgt (**vgl. Kapitel 4.2**).

Die kontrollierten Bewohnerakten waren vollständig, die Ergotherapeuten dokumentierten dort neben den Pflegefachkräften auch ihre Planungen, Maßnahmen und Ergebnisse. Sie erheben weitere Daten, die die pflegeseitig erhobenen ergänzen und mit deren Hilfe der Erfolg der Betreuung und das Ausmaß der Zustandsveränderungen der betreuten Bewohner ermittelt wird (→ FAM, MMS).

Die Liste der Bewohner mit Ernährungseinschränkungen wird zentral edv-gestützt geführt und ist von allen Mitarbeitern einsehbar.

Akten, die vor 2003 angelegt wurden, erwiesen sich als unübersichtlich und die Datensuche als zeitaufwendig. Weil MCC als elektronisches Dokumentationsmedium Anforderungen nicht immer befriedigend erfüllen kann, hat sich die Einrichtung entschieden, die Pflegeplanungen in Excel vorzunehmen. Allerdings kann hierdurch auch nicht ein schneller Gesamtüberblick hergestellt werden. Bis das elektronische Dokumentationsystem überarbeitet oder ggf. ersetzt wird, muss diese Lösung jedoch hinreichen (**vgl. Kapitel 4.3**).

Das auf hohem Niveau leicht verbesserte Ergebnis spiegelt sich in folgender Benotung wider:

UB/AF	Vor-Ort-Prüftermine	Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung (DS: nur Orientierung)			Ordnung, Sauberkeit, Hygiene			Konzepte und Standards			Pflegerisches / ärztliches / therapeutisches Management			Ergebnisqualität: (Pflege-)Zustand der BW / Pat.			Ergebnisqualität: Dokumentation			Durchschnitt (Pflegezustand doppelt gewichtet)		
		08	09	10	08	09	10	08	09	10	08	09	10	08	09	10	08	09	10	08	09	10
SZOE	15.3. - 16.3.2010	2	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	2	1 -	1 -	2 +	1-2	1 -	1 -	1	1	2	2 +	1-2	1,5	1,2	1,1 ↑

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

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

Berlin, 31.3.2010

Andreas Dietel

Dr. Katja Lehmann-Giannotti

Anhang

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

15.3. – 16.3.2010 _____ **42**

Anhang 1 – Revisionsplan: Interne Revision in Medizin und Pflege, SZOE, 15.3. – 16.3.2010

<p>All-gemeines:</p>	<p>Auditoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frau Hartenstein, SZLI - Herr Dietel, DMBE - Frau Rothlin, Praktikantin, SZMÜ <p>Gesprächspartner: (Haupt-) Geschäftsführer und Vertretungen, zusätzliche Gesprächspartner nach Absprache (siehe unten).</p> <p>Dauer der Revision: 9.00 – 16.00 Uhr</p> <p>Medien / Vorbereitung: Bitte ein am Netzwerk angeschlossenes Laptop und einen Beamer im Besprechungsraum aufstellen. Das QM-Handbuch muss über Beamer und Laptop während der gesamten Zeit eingesehen werden können. Zu allen gegebenen Anlässen (siehe unten) ebenso alle weiteren ggf. schon archivierten Unterlagen vorhalten, die nicht über MCC aufgerufen werden können.</p> <p>Wählen Sie bitte eine Reihe Akten aus, die die Zusammenarbeit aller Berufsgruppen in Ihrer Einrichtung exemplarisch belegen und die während der Themen Erstkontakte / Erstgespräche sowie Aufnahmen herangezogen werden können.</p> <p>Wir werden im Verlauf der Revision Bewohner besuchen. Die sechs Bewohner werden wir am Vormittag des ersten Tages als Zufallsstichprobe auswählen (tendenziell pflegeaufwendige Bewohner. Fokus: FeM, Risikofaktoren, Soziale Betreuung, Veränderungen seit Einzug). Die Akten von drei Bewohnern dieser Stichprobe werden wir eingehender behandeln, indem diese von ihren Bezugspflegefachkräften vorgestellt werden (siehe unten). Bitte wählen Sie Ihrerseits über die Stichprobe hinaus zwei Bewohnerakten aus, die sie dem Auditorenteam gerne vorstellen möchten (siehe unten).</p>
<p>1. Tag:</p>	<p>Darstellung der Einrichtung anhand der ausgewählten Kriterien des Prüfkataloges / Nachweisdokumente; Begehung der Einrichtung</p> <p>9.00 – 9.05 Uhr Auswahl der Stichprobe aus der Gesamtanzahl der Bewohner (→ Einverständniserklärung)</p> <p>9.05 – 9.30 Uhr Gesprächspartner – Allgemeines zur Einrichtung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Herr Knollmann HG, Frau Möller GF / PDL, Frau Rösch stv. PDL, Frau Lameyer QMB, Frau Sieker-Lührmann/ Frau Briel Ergotherapie, Herr Wunderlich Technischer Dienst, Frau Pietsch / Herr Seeberger Speiseversorgung, Frau Riesner Reinigung - Was gibt es Neues? ggf. Managementbewertung 2009 / Projekte 2010 / Schwerpunkte 2010? <p>9.30 – 10.25 Uhr Zusammenarbeit aller Berufsgruppen in der Einrichtung: Vom Erstgespräch zur Aufnahme und Integration des neuen Bewohners. Unterlagen / Medien: MCC, Intranet, papiergestützte Dokumentation: Bewohnerakten exemplarisch durch die Anwesenden präsentiert. Schwerpunkte: Öffentlichkeitsarbeit, Erstkontakt / Erstgespräch, Vorbeuge- und Korrekturmaßnahmen / Fehlermanagement, Betretbarkeit der Einrichtung, Zusammenarbeit / Interne Kommunikation, Umgang mit Risikogruppen, Gemeinsame Dokumentation, Nationale Expertenstandards, Überprüfung der Integration / Be-</p>

fragung / Beschwerdemanagement.

Gesprächspartner:

Frau Möller
Frau Lameyer
Frau Rösch
Frau Fuchs
Herr Philipp
Herr Detert
Frau Sieker-Lührmann/ Frau Briel
Herr Seeberger
Frau Riesner
Frau Ebeling

10.30 – 11.25 Uhr

Begehung des Hauswirtschaftlichen Bereichs: **Küche / Reinigung / Wäscherei**

Unterlagen / Medien: ggf. Intranet, Unterlagen zur Leistungsbeschreibung, Speisepläne, Begehungsprotokolle → Maßnahmenpläne, Fortbildungspläne, Dienstpläne, Reinigungspläne, Teilnehmerlisten etc.

Schwerpunkte: Hygiene, Fort- und Weiterbildung, Umgang mit Mangelernährten, Serviceleistungen und Überprüfung ihrer Wirksamkeit.

Gesprächspartner:

Frau Lameyer
Frau Möller
Ansprechpartner vor Ort: Herr Seeberger (HK)
Ansprechpartner vor Ort: Frau Ebeling (Wäscherei)
Ansprechpartner vor Ort: Frau Riesner (Reinigung)

11.30 – 12.25 Uhr

Betreuung, Einarbeitung / Ausbildung und Öffentlichkeitsarbeit

Unterlagen / Medien: MCC, Intranet, Bewohnerakten, Dokumentation Beratung, Protokolle, Maßnahmen, Werbemittel.

Schwerpunkte: Beratungs- / Soziales Betreuungskonzept / Einbindung zusätzlicher Betreuungskräfte, Seelsorge, Angehörigenarbeit, Öffentlichkeitsarbeit, Einarbeitung neuer Mitarbeiter / Begleitung der Auszubildenden.

Gesprächspartner

Herr Knollmann
Frau Rösch
Frau Sieker-Lührmann
Frau Janzen
Frau Möller
Frau Lameyer

12.30 – 13.30 Uhr Mittagspause

13.30 – 14.25 Uhr

Datensammlung, Auswertung, Ursachenforschung, Maßnahmenplan

Unterlagen / Medien: Intranet, Begehungsprotokolle (Visiten, Audits, MDK-/Heimaufsichts-Begehungen), Ergebnisstatistiken / Maßnahmenpläne, Präsentationsvorlagen etc.

Schwerpunkte: Bewohnerbefragung, Fehlermanagement, Beschwerdemanagement, Kooperationspartner / Lieferantenbewertungen aller Bereiche.

Zusätzliche Gesprächspartner: Heimbeirat.

Gesprächspartner:

Herr Knollmann
Frau Möller
Frau Lameyer

Herr Gerking (Vorsitzender Heimbeirat)

14.30 – 15.55 Uhr

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

15.55 Uhr

Zwischenergebnis Tag 1

Gesprächspartner:

Herr Knollmann

Frau Möller

Frau Rösch

Frau Lameyer

2. Tag

Begehung der Einrichtung / Inaugenscheinnahme ausgewählter Bewohner / Dokumentationsvisite / Nachweisdokumente

9.00 – 16.00 Uhr Gesamtdauer

9.00 – 9.15 Uhr

Vorschau / Allgemeines / Fragenklärung / Aufteilung auf die Bewohner

9.15 – 11.00 Uhr

Inaugenscheinnahme ausgewählter Bewohnern (→ Einverständniserklärung)

Frau Möller

Frau Lameyer

Wohnbereichsleitungen

Pflegefachkräfte

11.00 – 12.00 Uhr

Begehung von Wohnbereichen / Befragung von Mitarbeitern / Einsicht in Bewohnerakten mit Prüfung ausgewählter Schwerpunkte (z.B. Medikamentenanordnung, Dekubitus-/Wundmanagement, Schmerzmanagement, Freiheitsentziehende Maßnahmen, Kontinenz, Ernährung)

Gesprächspartner:

Frau Möller

Frau Lameyer

Ansprechpartner vor Ort: Frau Fuchs, Frau Rösch, Herr Philipp, Herr Detert (Wohnbereichsleitungen)

12.00 – 13.00 Uhr Mittagspause

13.00 – 15.00 Uhr

Dokumentationsvisite - Vorstellung **drei begutachteter Bewohner** anhand der Akten **und mit Hilfe von MCC – auch der archivierten Akten – sowie Vorstellung von drei Akten, die von der Einrichtung ausgewählt** wurden (Zustand bei Aufnahme / Gegenwärtiger Zustand – Ursachen möglicher Veränderungen / von Schlüsselereignissen ableitbar (z.B. Sturz, Apoplex, Rückzug, Abnahme der Alltagskompetenz etc.)? Erläuterung anhand der Unterlagen (Erstgespräch, Anamnese, Pflegeplanung und –bericht, Pflegevisiten, Fallbesprechungen, soziale Betreuung etc.) / Erläuterung der bestehenden Risiken (→ Nationale Expertenstandards) und abgeleiteter Maßnahmen und Ergebnissen).

Zusätzliche Gesprächspartner: Pflegefachkräfte.

Gesprächspartner:

Frau Möller

<p>Frau Lameyer Wohnbereichsleitungen Pflegefachkräfte und Ergotherapeuten des Wohnbereichs</p> <p>15.00 – 15.50 Uhr Auditorenzeit - Nachweiseinsicht</p> <p>15.50 – 16.00 Uhr Abschlussbesprechung mit allen Teilnehmern und Interessierten / Rückmeldung an die Auditoren</p> <p>Herr Knollmann Frau Möller Frau Rösch Frau Lameyer Frau Sieker-Lührmann / Frau Briel Herr Wunderlich Frau Pietsch Frau Riesner Auf Wunsch weitere Teilnehmer der Internen Revision</p>

A. Dietel
Geschäftsbereich Produkte