

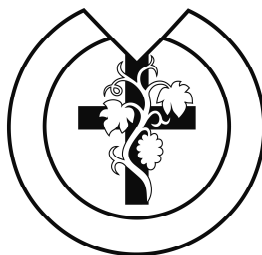
Scheve Management
Geschäftsbereich Produkte

Seniorenzentrum Bethel Lichterfelde:
Interne Revision in Medizin und Pflege
vom 14.03.-16.03.2018

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

Bericht im Auftrag des Gesellschafters

Auditorengruppe:
Andreas Dietel, Yvonne Kalisch, 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 3.....	8
3.1	MAßNAHMENPLAN.....	8
3.2	FÜHRUNGSPROZESSE	8
3.2.1	<i>Führung, Politik und Strategie.....</i>	8
3.2.2	<i>Personal.....</i>	10
3.2.3	<i>Qualitätsmanagementsystem.....</i>	13
3.2.4	<i>Sicherheit.....</i>	16
3.3	KERNPROZESSE	19
3.3.1	<i>Pflege.....</i>	19
3.3.2	<i>Beratung und Betreuung.....</i>	23
3.3.3	<i>Hauswirtschaft.....</i>	25
3.3.4	<i>Betriebswirtschaft und Verwaltung.....</i>	26
4	BEGUTACHTUNGEN	29
4.1	BEGUTACHTUNGEN VON WOHNBEREICHEN	29
4.1.1	<i>Büro 1. Obergeschoß.....</i>	29
4.1.2	<i>Büro 3. Obergeschoß.....</i>	32
4.1.3	<i>Büro Untergeschoß.....</i>	35
4.2	BEGUTACHTUNGEN VON BETREUTEN.....	38
4.2.1	<i>Bewohnerin 1</i>	38

4.2.2	<i>Bewohner 2</i>	39
4.2.3	<i>Bewohnerin 3</i>	40
4.2.4	<i>Bewohner 4</i>	41
4.2.5	<i>Bewohnerin 5</i>	42
4.2.6	<i>Bewohnerin 6</i>	43
4.2.7	<i>Bewohnerin 7</i>	44
4.3	ÜBERPRÜFUNG DER DOKUMENTATION.....	45
5	ZUSAMMENFASSUNG	47
	ANHANG	50

Abkürzungsverzeichnis

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

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

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

1 Einleitung

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

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

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

Anlassbezogen nehmen die Revisionen 1 – 3 Tage in Anspruch. Sie werden durch drei Auditoren des Gesellschafters durchgeführt. Die Revisionen beinhalten die Begehung der Einrichtung, die Visitation von Bewohnerinnen und Bewohnern und Patientinnen und Patienten, die Begutachtung der Bewohner-/Patientenakte¹ 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 vorgestellt. Die Ergebnisse des Vorjahres stellen die Basis für die jeweils nächste Revision dar.

¹ Bewohner / Patienten und deren Akten werden ausschließlich mit deren Einverständnis visitiert und begutachtet.

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

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

Für das Krankenhaus Bethel Berlin und die beiden Geriatrischen Rehabilitationskliniken in Trossingen und Welzheim entschied sich der Gesellschafter für die Zertifizierung nach KTQ® (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen), für die Seniorenzentren und Pflegedienste des DwB nach DSP (Diakonie-Siegel Pflege®). Bis Ende 2010 sind alle Einrichtungen zum ersten Mal zertifiziert worden, seitdem stellen sich die Einrichtungen regelmäßig ihren Rezertifizierungen.

1.1.3 Ausblick

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

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

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

1.2 Kriterienauswahl

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

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

Die Thematisierung der Kategorien ‚Konzepte und Standards‘ / ‚Pflegerisches / ärztliches / therapeutisches Management‘ und einzelner Schwerpunkten der Bewohner- und Bewohnerinnen- bzw. Patienten- und Patientinnenversorgung 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 Patientinnen und Patienten / Bewohnerinnen und Bewohnern sowie deren Aktenprüfung stellen den praktischen Teil aller Revisionen dar. Hierbei werden vorwiegend Ergebnisse bewertet (siehe Kapitel 4).

Aufgrund der seit Jahren stabilen Ergebnisse auf hohem Niveau (vergleiche die Qualitätsberichte des Konzerns der letzten Jahre unter http://www.bethelnet.de/index2.php?site=ueberuns_qualitaetsentwicklung) wurden ab 2012 verstärkt ausgewählte Bereiche und Schwerpunkte der Einrichtungen geprüft sowie Stichproben gezogen. Bereiche, die in den Vorjahren bereits sehr gut aufgestellt waren, werden in 2013 nicht mehr geprüft sondern deren Bewertungen aus dem Vorjahr übernommen und zusammen mit denen des laufenden Jahres zur Gesamtnote aggregiert (siehe Kapitel 5).

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

begangenen Einrichtungen sicherzustellen, wird die Auditorengruppe in der Regel von zwei auf drei Auditoren aufgestockt.

Im folgenden Kapitel werden die Strukturdaten der Einrichtungen dargestellt.

2 Allgemeine Angaben zur Einrichtung

Datum der Prüfung	von: 14.03.2018	bis: 16.03.2018
Uhrzeit / Thema der Revisionstage		
1. Tag:	von: 09.00	bis: 17.00 Uhr
2. Tag	von: 09.00	bis: 17.00 Uhr
3. Tag	von: 09.00	bis: 15.00 Uhr
Anwesende Personen:		
Prüfer / Gutachter:		
1. Herr Dietel, SMG		
2. Frau Zander		
3. Frau Kalisch		
Gesprächspartner der Einrichtung:		
1. Herr Poerschke		
2. Frau Seibert		
3. Frau Stiller		
4. Frau Schulze		
5. Frau Lux		
6. Herr Langer		
Wann wurde die Einrichtung zuletzt von anderen Qualitätsprüfungsinstitutionen besucht		
Gesundheitsamt am 22.02.18		
Name und Träger der Einrichtung sowie verantwortliche Personen mit Angabe der Qualifikationen:		
Name der Einrichtung:	Seniorenzentrum Bethel Lichterfelde	
Gesellschafter:	Diakoniewerk Bethel gemeinnützige GmbH	
HG:	Herr Poerschke	
PDL / Geschäftsführerin:	Frau Seibert	
Stv. PDL:	Frau Stiller	
QMB:		

Seit wann besteht die Einrichtung?

21.08.2017

Welche Zusatzleistungen / Spezialisierungen werden von der Einrichtung angeboten?

1.keine

Art der Einrichtung und Versorgungssituation

Bettenanzahl: 140

Aktuelle Belegung: 109

Auslastung in %: 77,85%

Eine Übersicht über Patienten / BW mit besonderen Pflegeproblemen liegt vor.

		Monat
a.	Wachkoma	0
b.	Beatmungspflicht	0
d.	Dekubitus	4
c.	Blasenkatheter	5
e.	PEG-Sonde	2
f.	Fixierung	0
g.	Kontraktur	6
h.	Vollständige Immobilität	3
i.	Tracheostoma	1
j.	MRSA	3
k.	Diabetes Mellitus	29

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

Zusammensetzung Pflegepersonal							
	Vollzeit		Teilzeit		Gesamt-Std.	Geringf. Beschäftigte	
	Anzahl MA in VK	Stunden wöchentl.	Anzahl MA in VK	Stunden wöchentl.		Anzahl MA in VK	Stunden wöchentl.
Qualifikationen							
Krankenschwestern	2,00	80,00	2,00	30,00	110,00		
Altenpfleger/-innen	13,00	520,00		0,00	520,00		
Pflegehilfskräfte ohne Qualifikation		0,00		0,00	0,00		
Pflegehilfskräfte mit Basisqualifikation	1,00	40,00	20,00	300,00	340,00		
Auszubildende		0,00		0,00	0,00		
Gesamt:	16,00	640,00	22,00	330,00	970,00	0,00	0,00

3 Prüfkatalog Diakonie-Siegel Pflege, Version 3²

3.1 Maßnahmenplan

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

3.2 Führungsprozesse

3.2.1 Führung, Politik und Strategie

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 1.1 Diakonisches Einrichtungsleitbild (1); F 1.1.1FM02 Diakonisches Unternehmensleitbild (1); F 1.1.1FM01 Arbeiten in christlicher Verantwortung (1); F 1.1.1FM03 Seelsorgeleitbild (1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die gesehene Leitbilder sind nicht aktuell.	H: Die Leitbilder müssen in ihrer aktuellen Fassung (zurzeit: Fassung 2017) eingestellt werden.
F: Die mitgeltenden Dokumente stimmen nicht mit den angegebenen Nummerierungen überein und nicht alle aufgeführten sind eingestellt.	H: Nummerierungen müssen mit den Verweisen übereinstimmen und alle genannten mitgeltenden Dokumente müssen im QMH hinterlegt sein.
F: Eine Richtlinie für das SZLI bezüglich "Arbeiten in christlicher Verantwortung" liegt nicht vor.	H: Eine Richtlinie "Arbeiten in christlicher Verantwortung" muss perspektivisch für das SZLI erstellt werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 1.1.1 Führungsgrundsätze ; F 1.1.1FM01Leben und Arbeiten	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: "Leben und Arbeiten" ist nicht in der aktuellen Version eingestellt.	H: Die aktuelle Version muss eingestellt und mit den Mitarbeitern kommuniziert werden.

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

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 1.2 Qualitätspolitik und Qualitätsziele (1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Das Seniorenzentrum wird für das Jahr 2018 die erste Managementbewertung erstellen und daraus für das Jahr 2019 gemeinsam mit den Mitarbeitern Qualitätsziele ableiten.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 1.3 Organigramm (1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die Legende am Ende des Organigramms trifft nicht zu - es gibt in der Grafik nur eine Unterstellungsart ("fachlich, disziplinarisch").	E: Das Organigramm sollte angepasst werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 1.4 Leistungsbeschreibung (1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die Leistungsbeschreibung ist verständlich verfasst. Der Aspekt der kirchlich-diakonischen Angebote wird sehr knapp unter "Hospizdienst und Sterbebegleitung" angerissen.	H: Auf das Angebot von Andachten und die Zusammenarbeit mit Gemeinden bzw. Pastoren muss hingewiesen werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 1.5 Managementbewertung (1); F 1.5FM01 Muster Managementbewertung	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die Einrichtung wird die erste Managementbewertung für das Jahr 2018 erstellen.	

3.2.2 Personal

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.2 Personalakquise, Beginn und Beendigung des Arbeitsverhältnisses (1); F 2.2FM01 Erforderliche Einstellungsunterlagen (1), F 2.2FM09 Checkliste Beendigung des Dienstverhältnisses	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Akquise funktioniert zurzeit über die Werbung neuer Mitarbeitenden durch das Personal der Einrichtung. F: Die Zeitspanne zwischen Bewerbung und Rückmeldung wird sehr eng gefasst, um zu verhindern, dass die Bewerber und Bewerberinnen abspringen. F: Die Einrichtung hat eine eigene Seite bei Facebook eingerichtet, über die mit Interessenten kommuniziert wird. F: Anzeigen werden ebenso geschaltet.	
F: Neue Mitarbeiter erhalten ein sehr gut übersichtliches Formular "Informationen Personal" zum ersten Überblick. F: Es wird auf mitgeltende Dokumente verwiesen, welche noch nicht im QMH hinterlegt sind (z.B. Inhalt Einstellungsmappe, Änderungsmeldung Berufswäsche etc.) oder die Dokumente haben falsche Nummernverweise (z.B. Information des Personals).	H: Alle aufgeführten mitgeltenden Dokumente müssen im QMH hinterlegt sein.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.3.1 VA Dienstplanung (1); F 2.3.1 FM Dienstplanlegende (1); F 2.3.2 VA Urlaubsplanung und Abwesenheitszeiten (1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Neue Mitarbeitende sind im Dienstplan zusammen mit Bezugspersonen geplant / ausgewiesen.	
F: Zu Übergabezeiten finden sich in der Regelung keine Aussagen.	H: Übergabezeiten müssen beschrieben werden.
F: Die Fachkraftquote wird vollständig erfüllt.	
F: Die Vorgabe, dass Dienstpläne vier Wochen vor Gültigkeit veröffentlicht werden, ist noch nicht umgesetzt. Dies ist dem Umstand geschuldet, dass derzeit sehr viel Personal eingestellt wird, um die neuen Wohnbereiche in Betrieb nehmen zu können.	H: Die Vorgabe muss perspektivisch umgesetzt werden, wenn sich die Belegung der Personalbestand stabilisiert hat.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.4 Interne Kommunikation (1) ; F 2.4FM03 Besprechungsmatrix (1); F 2.4FM02 Nutzung elektronische Kommunikationsdienste (1); F 2.4FM05 Telefonverzeichnis (1), F 2.4FM06 Zuständige Behörden und Ansprechpartner für das SZLI (1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die Besprechungsmatrix gibt einen sehr guten Überblick über den Ablauf und die Arten der Besprechung.	
F: Feste Tagesordnungspunkte sind in der Entwicklung und werden perspektivisch festgelegt. F: Wünsche der Mitarbeiter zur Tagesordnung werden aktuell in die "Besprechungen" mitgebracht.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.5 Stellen- und Aufgabenbeschreibung (1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die Stellenbeschreibungen werden zurzeit für alle Berufsgruppen erarbeitet.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.6 Einarbeitung neuer Mitarbeiter (1), F 2.6FM 01 Einarbeitungscheckliste für neue Mitarbeiter-Allgemein (1); F 2.6FM11 Protokoll Mitarbeitergespräch - Einarbeitung (1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Mentoren der neuen Mitarbeitenden waren bisher die Wohnbereichsleitungen. Nun sind auch andere Pflegefachkräfte für die Einarbeitung zuständig.	
F: Der Erfolg der Einarbeitung wird im Rahmen der Gespräche während der Einarbeitung bemessen. Bei Ausscheiden von Mitarbeitern werden die Gründe ebenso durch Gespräche ermittelt.	
F: Jeder neue Mitarbeiter erhält ein neues Testament zur Einstellung. Eine Einführungsveranstaltung für alle Mitarbeiter ist geplant.	
F: Die Regelung enthält mitgeltende Dokumente die nicht im QMH hinterlegt sind. F: Die Regelung greift nicht alle Kriterien auf (z.B. Festhalten des Schulungsbedarfs, rechtzeitige Information der Mitarbeitenden wenn keine Weiterbeschäftigung erfolgen kann, Vermittlung des Leitbildes und der Wertevorstellung).	H: Alle aufgeführten mitgeltenden Dokumente müssen im QMH hinterlegt werden. H: Die Regelung muss alle Kriterien aufgreifen.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
KTQ: 2.2.6 Sicherstellung des Lernerfolges; DSP: F 2.7 Ausbildung	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die Einrichtung beschäftigt noch keine Auszubildenden. Kontakte zu Ausbildungsstätten bestehen bereits - Wannsee-Schule, Campus Health.	
F: Drei Mitarbeitende verfügen im SZLI über eine Praxisanleiterausbildung.	
F: Es ist noch keine Verfahrensanweisung zur Thematik erstellt.	H: Die Verfahrensanweisung muss erstellt werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.8 Fort- und Weiterbildung (1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die Regelung zur Anforderung ist im QM-Handbuch noch nicht vorhanden. F: Die Dokumentation und Überwachung der Teilnahme wurde erstellt und geführt. F: Die Fortbildungsbeauftragte verfügt über ein Budget zur Planung der Fortbildungen. F: Der Fortbildungsplan für 2018 ist teilweise erstellt. F: Der Fortbildungsplan liegt im Gruppenlaufwerk für die dienstplanenden Wohnbereichsleitungen.	H: Die Verfahrensanweisung muss erstellt werden.
F: Die Aspekte der Registrierung und Fortbildungspunkte sind noch nicht umgesetzt.	E: Die Einrichtung sollte eine Registrierung beruflich Pflegender bzw. die Ausweisung von Fortbildungspunkten anstreben.
F: Die Fortbildungsbeauftragte verfügt über ein beachtliches jährliches Budget zur Planung der Fortbildungen.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.9 Mitarbeitergespräche (1) ; F 2.9 FM01 Protokoll zum Mitarbeitergespräch (1); F 2.9FM02 Vorbereitung auf das Mitarbeitergespräch (1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Zurzeit gibt es noch keine jährlichen Mitarbeitergespräche mit Zielabsprachen. Dies ist geplant, da die meisten Mitarbeitenden gerade die Probezeit bestanden haben.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.3.6 Diakonische Angebote für Mitarbeiter (1); F 2.10FM01 seelsorgerliche Beratung-/Betreuungsangebote für Mitarbeiter (1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Aus der Regelung geht nicht die Vermittlung von Serviceangeboten für Familien sowie von Betreuungsangeboten für Kinder oder pflegebedürftige Angehörige hervor.	H: Alle Kriterien der Anforderung müssen beantwortet werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.11 Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) und Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) (1), F_2_11FM01_ Informationsblatt zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement (1), F_2_11FM03_Mitarbeitererwilligung zum betrieblichen Eingliederungsmanagement (1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Aus der Regelung geht nicht hervor, wann die BEM-Akte vernichtet wird.	E: Wann die Vernichtung der BEM-Akte erfolgt, sollte in der Regelung aufgenommen werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.12 Begleitung freiwillig Engagierter (1); F 2.11FM01 Erstkontakt Ehrenamtlicher Helfer (1); F 2.11FM02 Vereinbarung zur ehrenamtlichen Tätigkeit (1), F 2.11FM03 Einarbeitungscheckliste für ehrenamtliche Helfer (1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: In der Einrichtung engagieren sich zurzeit vier Ehrenamtliche. Verschwiegenheits- erklärungen wurden von allen unterzeichnet. F: Alle vier Ehrenamtlichen sind versichert. F: Betreut werden die Ehrenamtlichen durch den Sozialdienst.	
F: Aus der Regelung geht die Wertschätzung der freiwillig Engagierten nicht hervor. F: Gedanken zur Wertschätzung werden perspektivisch geplant.	E: Maßnahmen zur Wertschätzung freiwillig Engagierter sollten in der Regelung aufgenommen werden.

3.2.3 Qualitätsmanagementsystem

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.1 Aufbau des Qualitätsmanagementsystems (1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: In der Regelung werden die Ressourcen nicht dargestellt sowie die Beteiligung der Mitarbeitenden. Mitarbeitende werden in Form von Qualitätszirkeln an der Qualitätsentwicklung und -sicherung beteiligt. Der Qualitätszirkel wird in der Besprechungsmatrix aufgeführt und findet regelmäßig statt.	H: Die Bereitstellung der Ressourcen muss beschrieben werden.
N: Besprechungsprotokoll Qualitätszirkel, 28.2.2018 "Chronische Wunden"	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.2 Lenkung von Dokumenten und Aufzeichnungen (1) , A_3 Handbuchsystematik	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: In der Handbuchsystematik wird auf die Benennung von "Ergebniskriterien" verzichtet. Jedoch sind in der kurzen Zeit seit Inbetriebnahme der Einrichtung zahlreiche Prozesse erstellt, umgesetzt und beschrieben worden. Diese systematisch geplante Arbeit wird fortgesetzt und im nächsten Jahr im Rahmen der Zertifizierung geprüft. F: Der Medizinische Dienst der Krankenversicherungen hat die Einrichtung in der vorletzten Woche begangen und war zufrieden mit der bisher bestehenden Struktur.	E: Die Regelungen sollten um Ergebniskriterien ergänzt werden. H: Bei kommenden Überarbeitungen muss auf eine gendergerechte Formulierung geachtet werden.
F: Der Umgang mit externen Dokumenten ist nicht beschrieben.	H: Der Umgang mit externen Dokumenten muss geregelt werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.3 .1 VA Fehlermanagement (1); F 3.3.1FM01 Protokoll für Fehler und Verbesserungsvorschläge (1); F 3.3.1FM03 Abarbeitungsbogen für Fehler	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die Anforderung wurde auf zwei Verfahrensanweisungen verteilt.	
F: Die Leitung arbeitet darauf hin, ein vertrauensvolles Betriebsklima zu erschaffen, in dem die Meldung von Fehlern durch die Mitarbeitenden möglich ist. F: Die Systematik wird zurzeit erarbeitet und anschließend implementiert. Die QM-Beauftragte bekommt zurzeit vermehrt Beschwerden zugeleitet, weil das Beschwerdemanagement eingeführt wurde. Zurzeit ist den Mitarbeitenden noch nicht klar, was unter Fehlern zu verstehen ist.	
F: Bei Zuständigkeiten wird von Beschwerden "gesprochen" statt von Fehlern.	E: Die Regelung sollte dahingehend geprüft werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.4 Beschwerdemanagement (1), F 3.4FM01 Beschwerdeerfassungsprotokoll (1); F 3.4FM02 Abarbeitungsbogen für Beschwerden (1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
<p>F: Das Konzept wurde vor kurzem implementiert - Beschwerden gehen nun vermehrt bei der Verantwortlichen ein.</p> <p>F: Innerhalb von 14 Tagen wird spätestens auf jede Beschwerde geantwortet.</p> <p>F: Systematische Fehler aufgrund von Beschwerden konnten bei der Kommunikation und beim Betrieb der Wäscherei / Reinigung identifiziert werden. Maßnahmen: Kommunikationsschulungen für Mitarbeitende; Einladung der Objektbeauftragten (Reinigung, Wäscherei) in die Leitungssitzungen.</p> <p>N: Beschwerdeauswertung 2018 - bildet übersichtlich und strukturiert die Beschwerdegründe, die Zeit der Bearbeitung und die eingeleiteten Maßnahmen ab.</p>	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.5 Interne Audits	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
<p>F: Die Verfahrensanweisung ist noch nicht vorhanden.</p>	<p>H: Der Prozess muss beschrieben werden.</p> <p>E: Die Einrichtung sollte einen externen Prüfer ca. drei Monate vor der Zertifizierung im Juni 2019 das Handbuch prüfen lassen. Anschließend kann dann ein Plan erstellt werden, in welchem Zeitraum bestimmte Verfahrensanweisungen überarbeitet werden müssen und während der Zertifizierung vorgelegt werden.</p>

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 4.1 Umgang mit Bewohner- / Patienteneigentum (1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
<p>F: Die Verfahrensanweisung enthält unter Strukturkriterien Prozessbeschreibungen und allgemeine Prinzipien.</p>	<p>E: Die Verfahrensanweisung sollte gekürzt und dadurch verständlicher gestaltet werden.</p>
<p>F: Bezüglich der Sicherung des Eigentums nach dem Tod wurde auf die Verfahrensanweisung „Umgang mit Sterben und Tod“ verwiesen, welche noch nicht existiert.</p>	<p>H: Auf verwiesene Dokumente sollte Zugriff bestehen.</p>

3.2.4 Sicherheit

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 4.2 Arbeitsschutz 1, F_4_2FM01_Aushang Sicherheitsbeauftragter 1, F_4_2FM02_Meldung eines Arbeitsunfalls	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
<p>F: Sicherheitsdatenblätter und Betriebsanweisungen sind noch nicht im QM-Handbuch abgelegt.</p> <p>F: Zwei Sicherheitsbeauftragte wurden von der Leitung berufen. Aufgabenbeschreibungen sind im QM-Handbuch vorhanden (aus der Technik, für die Pflege).</p> <p>F: Der Arbeitssicherheitsausschuss (ASA) tagt viermal im Jahr - zweimal nehmen die Fachkraft für Arbeitssicherheit (Fa. Ingenias) und die Betriebsärztin teil.</p> <p>F: Eine Gefährdungsbeurteilung wurde noch nicht erstellt. Eine große Arbeitssicherheitsbegehung für das gesamte Haus hat stattgefunden, aus der die Gefährdungsbeurteilung erstellt werden soll.</p> <p>F: Zurzeit sind 20 Beschwerden dokumentiert.</p> <p>N: Checklisten, Begehungsprotokolle, Gefährdungsbeurteilungen, Protokoll der ASA-Sitzungen, Technischer Bericht 01/17, 24.10.2017</p>	<p>H: Die Unterlagen müssen in Zusammenarbeit mit dem externen Kooperationspartner erstellt werden.</p> <p>H: Die Einrichtung muss prüfen, ob die Sitzungen des ASA in der beschriebenen Form gesetzeskonform sind.</p> <p>E: Protokolle, Begehungsprotokolle, Maßnahmen etc. sollten EDV-technisch behandelt und abgelegt werden und Maßnahmen zentral in einen zentralen Maßnahmenplan geführt werden. Hierzu kann auch Kontakt zu anderen Unternehmungen aufgenommen werden.</p>

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 4.3 Brandschutz (1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
<p>F: Eine Verfahrensanweisung zur Anforderung Brandschutz wurde noch nicht erstellt.</p> <p>F: In der Einrichtung wurden über 600 Brandmelder verbaut, die sowohl thermisch als auch optisch funktionieren, was dem höchsten Standard entspricht.</p> <p>F: Alle Wohnbereiche und Leitungen verfügen über sogenannte DECT-Telefone, auf denen angezeigt würde, wo sich ein Brandherd gebildet hat.</p> <p>F: Die Verbindung zur Brandzentrale der Feuerwehr ist sowohl per Funk als auch per DSL geschaltet.</p> <p>F: Die Brandschutztüren werden monatlich auf Funktion vom Brandschutzbeauftragten geprüft.</p> <p>F: Brandschutzfortbildungen finden zurzeit statt (Fluchtwege, Brandschutzordnung, Aushänge, Feuerlöscher, Brandmeldezentrale, DECT-Telefone, Rauchabzüge, Sammelstellen etc.).</p> <p>F: Die Einrichtung haben 4 Brandschutzhelfer und 10 Evakuierungshelfer geschult. Bisher wurden 85% aller Mitarbeiter geschult.</p> <p>F: Der Kooperationspartner ist die Fa. Ingenias, die die Fachkraft für Sicherheit stellt.</p> <p>F: Eine Übersicht der Wartungsintervalle der Gewerke wurde noch nicht erstellt.</p> <p>F: Die erste ASA-Sitzung ist für nächsten Monat geplant - hier werden weitere Maßnahmen (Evakuierungsübung) zum Brandschutz geplant.</p> <p>F: Die ortsveränderlichen elektrischen Geräte werden im Zuge des Brandschutzkonzepts geplant - sie hat noch nicht stattgefunden. Das Risiko, dass die Bewohner defekte Geräte mitbringen, wird von der Leitung als gering eingeschätzt. Der Sicherheitsbeauftragte führt bei jedem Einzug jedoch eine Sichtkontrolle durch und hat die Eignung, die Funktionskontrolle selbstständig durchzuführen.</p> <p>F: Die Verfahrensanweisung, die heute ins QM-Handbuch eingestellt wurde, hat der verantwortliche Brandschutzbeauftragte mitgewirkt.</p> <p>F: Beim ersten Fehlalarm im letzten Jahr lief noch nicht alles so, wie es geplant ist.</p> <p>N: Prüfbücher der Bauflügel, Funktionskontrolle Brandschutztüren, Jahresübersicht 2018 - Teilnahme an internen Fortbildungen, Brandschutzordnung</p>	<p>H: Die Verfahrensanweisung muss erstellt werden, eine Rückmeldung an die Auditoren bis Ende April 2018 hierüber erfolgen.</p> <p>H: Eine Wartungsübersicht muss erstellt werden.</p> <p>H: Die Prüfung der ortsveränderlichen elektrischen Betriebsmittel muss erfolgen.</p>

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 4.4 Wartungs- und Kontrollsystem (1); F 4.4FM02 Einweisung in Medizinprodukte (1); F 4.4FM04 Einweisung in technische Geräte (1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
<p>F: Die Verfahrensanweisung ist bezogen auf die Anforderung des Bundesrahmenhandbuches sehr knapp gehalten. Es fehlen die Beschreibungen zum Umgang mit Medizinprodukten.</p> <p>F: Das Medizinproduktmanagement wird in Kooperation mit WIBU erstellt und durchgeführt.</p> <p>F: Ersteinweisungen seitens der Firmen haben stattgefunden. Die Medizinproduktebeauftragte hat alle Ersteinweisungen erhalten und schult alle neuen Mitarbeitenden zum Umgang mit den entsprechenden Medizinprodukten.</p> <p>N: Protokolle der Ersteinweisungen (Fäkalienspüle, Apnoe-Gerät, Hubwannen etc.)</p>	<p>H: Der Umgang mit Medizinprodukten muss geregelt werden, die Verfahrensanweisung entlang der Kriterien der Anforderung ergänzt werden.</p>
<p>F: Eine Wartungsübersichtstabelle liegt laut der Regelung vor. Ist nicht im QMH hinterlegt.</p> <p>F: Die mitgeltenden Dokumente sind nicht vollständig im QMH hinterlegt.</p>	<p>E: Die Wartungsübersichtstabelle sollte im QMH hinterlegt werden.</p> <p>H: Alle aufgeführten mitgeltenden Dokumente müssen im QMH hinterlegt werden.</p>

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 4.6 Gebäude und Geländesicherheit (1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
<p>F: Das Gebäude und die Außenanlagen werden 2 x jährlich von der Haustechnik begangen (1x jährlich Begleitung HG).</p> <p>F: Die Liste technischer Notdienste ist unter K 1.12 hinterlegt.</p> <p>F: Die Schlüsselverwaltung geht aus der Regelung nicht hervor.</p>	<p>H: Die Schlüsselverwaltung muss beschrieben werden.</p>

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 4.7 Datenschutz	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
<p>F: Eine Regelung zum Datenschutz findet sich im derzeitigen QM-Handbuch nicht.</p>	<p>H: Der Prozess muss in einer Verfahrensanweisung beschrieben werden.</p>

3.3 Kernprozesse

3.3.1 Pflege

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.2 Pflegekonzept	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die Regelung konnte im Handbuch nicht gefunden werden.	H: Die Regelung muss erstellt werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.3 Aufnahme	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Eine Verfahrensweisung zur Aufnahme liegt noch nicht vor.</p> <p>F: Die Wohnbereiche sind über die Aufnahmeplanung über die Neueinzüge informiert und konnten die Aufnahme vorbereiten (Essensbestellung einen Tag vorher, Reinigung). Ggf. sind aufnahmestarke Tage auch schon in der Dienstplanung berücksichtigt worden. Die Mitarbeitenden nehmen die neuen Bewohner in Empfang und begleiten diese auf die Zimmer. Mittels Checkliste Bewohnereinzug werden erste pflegerelevante Daten gesammelt.</p> <p>F: Für neue Bewohner werden Sträuße bestellt.</p> <p>F: Es gibt zur Zeit keine Beschwerden von Eingezogenen, die etwa berichteten, dass sie ganz unorganisiert aufgenommen worden wären - hieraus kann die Einrichtung schließen, dass die Aufnahme gut klappt.</p>	H: Die Regelung muss erstellt werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.4 Pflegeprozess, Pflegeplanung, Pflegestandards	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Die Regelung zum Pflegeprozess, Pflegeplanung, Pflegestandards liegt noch nicht schriftlich vor.</p> <p>F: Expertenstandards sind auf die Einrichtung "heruntergebrochen" und implementiert.</p> <p>F: Zu weiteren Pflegestandards bzw. den "Immer-so-Beweis" wird keine Aussage getroffen.</p> <p>F: Bei der Verfahrensweisung Kontraktprophylaxe fehlt die Quellenangabe, zudem sollte geprüft werden, ob das dort angegebene passive Durchbewegen der Gelenke (3xtgl) eine aktuell wissenschaftliche Maßnahme ist, bzw. ggf. um Kontraindikationen ergänzt werden sollte.</p>	<p>H: Die Regelung muss erstellt werden.</p> <p>H: Die Einrichtung muss sich festlegen, wie der "Immer-so-Beweis" dargestellt wird (Standards, Fachliteratur etc.).</p> <p>H: Pflegestandards müssen Quellenangaben enthalten.</p>

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.5 Pflegedokumentationssystem	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
Hr. P, Schlosspark: Dekubitusmanagement: Bettlägerig, seit 11/2017; Risiko wird in der SIS, Themenfeld 2, beschrieben - Maßnahmen sind beschrieben und umgesetzt.	H: Die Einzelbetreuung muss täglich erfolgen (bettlägerig) und dokumentiert werden.
Hr. L., Marienplatz, Schmerzmanagement: Rollstuhlfahrer, Schmerzen gemäß Schmerzprotokoll "überall". Schmerzprotokoll wurde bei Einzug erhoben - Besonderheiten (Wünsche der Angehörigen) wurden dokumentiert. Aktuell sind weitere Schmerzen in der linken Schulter hinzugetreten. Komplementäre Maßnahmen sind Einreibungen mit Salben, Gespräche, Wärmekissen etc. Ein Maßnahmenplan liegt noch nicht vor.	H: Bei Bedarfsmittelgabe muss 60 Minuten nach Verabreichung das subjektive Schmerzempfinden erfragt werden. H: Der tagesstrukturierende Maßnahmenplan muss erstellt werden.
Hr. A., Marienplatz, Sturzrisiko: erfasst (SIS), Maßnahmen im Maßnahmenplan nicht notwendig, da sich der Bewohner vollkommen selbstständig durch die Einrichtung bewegt; Steht in der Nacht selbstständig auf und geht zur Toilette, ohne Hilfe anzufordern; Rollator wird regelmäßig auf Funktionalität geprüft (einmal jährlich).	
F: H.T. Dekubitusrisiko durch starke Bewegungseinschränkungen, lagert sich nicht selbst. Risiko krankheitsbedingt und in der Mobilität begründet. Das Lagerungsintervall ist 5 x täglich geplant, hinzukommen Toilettengänge. Medifox führt Tage bezüglich des Lagerungsnachweises nicht immer chronologisch auf. Einige Lagerungen sind nicht dokumentiert. Risikobezirke sollten erfasst werden.	
F: Zwei Bewohner zum Thema Schmerz auditiert. Wirksamkeitskontrolle fehlt. Zu wenige Berichtseinträge, dementsprechend auch kaum Einträge zum Thema Schmerz.	H: Es muss eine Wirksamkeitskontrolle erfolgen.
F: R.D. 8 kg innerhalb von 5 Wochen abgenommen festgestellt 13.3.2018 Arzt wird informiert heute per Fax. Mit Bewohnerin wurde über die Gewichtsabnahme gesprochen. Fallbesprechung ist erfolgt (Protokoll wird heute erstellt). Ernährungsprotokoll wird geführt. Hochkalorische Trinknahrung wird von der Bewohnerin angenommen. Essenswünsche werden umgesetzt. Die Ernährungsproblematik ist in Themenfeld 4 SIS aufgeführt, das Risiko ist erfasst. Pflegeberichtseintrag fehlt noch.	H: Wichtige Phänomene, wie Gewichtsabnahme, müssen sich aktuell im Pflegebericht wiederfinden.
F: E.G. Aufnahme im Januar. Sturzrisiko in SIS erhoben. Planung ist entsprechend erstellt. Sturzrisikoberatung ist erfolgt, Tochter ist das Risiko bekannt. Dokumentation fehlt.	H: Beratungen müssen dokumentiert werden.
F: H.G: Sturzrisiko erfasst und beschrieben. Eine Planung liegt vor. Beratung ist nicht nachweisbar. Sturzprotokoll ist geführt, Arztinformation ist erfolgt, 24 Kontrolle nach Sturz nicht vollständig nachvollziehbar.	H: Beratungen müssen dokumentiert werden. E: Beobachtungen nach Sturz sollten mind. über 24 h erfolgen.
F: SIS-Bogen wird innerhalb einer Woche erstellt, innerhalb von 24 Stunden werden die Risiken erfasst und es finden sich die ersten Maßnahmen im Pflegebericht wieder. Der Ablaufplan wird innerhalb von 4 Wochen fertig gestellt. F: In M-KIS wird bereits ein Großteil der Dokumentation (Außer Medikamentenplan, Biografie, Betreuung) erfasst.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.6 Mitwirkung bei ärztlicher Diagnostik und Therapie	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die Regelung konnte im Handbuch nicht gefunden werden.	H: Die Regelung muss erstellt werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.7 Umgang mit Medikamenten und Betäubungsmitteln (BTM)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die Regelung befindet sich im derzeitigen QM-Handbuch nicht.	H: Die Regelung muss erstellt werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.9 Pflegevisite und fachliche Begleitung von Mitarbeitern 1, K.1.9FM01 Pflegevisitenprotokoll 1	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die Einrichtung hat Pflegevisitenkataloge für "anlassbezogene" Pflegevisiten entwickelt, wie bspw. zum Schmerz, zum Hautzustand oder zu Gewichtsveränderungen. F: Audits nach Nationalen Expertenstandards sind für zwei Standards geplant. F: Auditorinnen / Auditoren sind die QM-Beauftragte, die PDL und die Wohnbereichsleitungen. Mindestens die Hälfte der Visiten findet in den jeweils anderen Wohnbereichen statt. F: In wie weit die Angehörigen einbezogen werden, wird sich auf dem ersten Angehörigenabend zeigen.	H: Die Kriterien dieser Kataloge müssen in den gemeinsam mit allen Einrichtungen entwickelten Pflegevisitenkatalog integriert und in der Gesamtauswertung sichtbar gemacht werden. Prozesse neben dem eigentlichen Pflegevisitenprozess zu implementieren bedeutet Mehrfachdokumentation und das Risiko, kritische Entwicklungen zu übersehen.
F: Ergebnisse werden mit einzelnen Bezugspflegefachkräfte besprochen bzw. mit den Wohnbereichsgruppen etc. N: Übersicht der Auswertung bisher erfolgter Pflegevisiten.	E: Die Eingabe der Auditdaten sollte im Anschluss an die Pflegevisite durch die einzelnen Auditorinnen erfolgen, so dass die Ergebnisübersicht aktuell bleibt. E: Die Rückmeldung der Ergebnisse sollte zeitnahe erfolgen (--> Pflegefachkräfte, Wohnbereichsleitungen, Teams etc.).

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.10 Einstufungsmanagement (1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die Regelung befindet sich im derzeitigen QM-Handbuch nicht.	H: Die Regelung muss erstellt werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.11 VA Pflegeüberleitung (1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: In der künftigen Überleitung wird die Strukturierte Informationssammlung integriert sowie weitere zweckmäßige Informationen. Das elektronisch Informations- und Dokumentationssystem "M-KIS" soll die Druckfunktion künftig unterstützen.	
F: Das SZLI nutzt derzeit noch einen papiergestützten Überleitungsbogen. Medikamentenplan wird in Kopie beigefügt. F: Die Pflegekräfte erkundigen sich über den Verbleib der Betreuten, Kontaktpflege über den Aufenthalt erfolgt, teilweise über Angehörige.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.12 Verhalten in Notfallsituationen (1); K 1.12FM01 Notfall-Erste Hilfe (1); K 1.12FM02 Nichtauffinden eines Bewohners (1); K 1.12.1FM Vermisstenanzeige (1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die "psychosozialen Krisen" werden in der aktuellen Verfahrensanweisung noch nicht behandelt.	H: Die Verfahrensanweisung muss ergänzt werden.
F: In der Verfahrensanweisung Verhalten in Notfallmaßnahmen wird auf weiterführende Regelungen verwiesen, welche jedoch nicht im QMH zu finden sind (z.B. Verhalten bei Aufzugsstörung, bei Stromausfall, bei Wasserrohrbruch)	H: Alle verwiesenen Dokumente müssen im QMH hinterlegt werden.
F: Notfälle werden noch nicht ausgewertet.	H: Notfälle müssen ausgewertet werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.13 VA Umgang mit Sterben und Tod	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Im aktuellen Handbuch ist diese Anforderung noch nicht ausgeführt.	H: Die Regelung muss erstellt werden.

3.3.2 Beratung und Betreuung

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 2.1 Erstkontakt, Erstgespräch, Beratung (1); K 2.1 FM01 Erstkontakt (1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Bezüglich der Inhalte der Infomappe wird auf K 1.3FM10 verwiesen, dieses Dokument ist noch nicht im QMH hinterlegt.	H: Alle Dokumentenverweise müssen im QMH auch hinterlegt sein.
F: In der Regelung wird bezüglich der Zuständigkeit auf den "zuständigen Mitarbeiter" verwiesen, jedoch geht nicht eindeutig hervor, wer konkret dafür verantwortlich ist.	E: Verantwortlichkeiten sollten in den Verfahrensanweisungen eindeutig festgelegt werden.
<p>F: Vor der Eröffnung gab es eine Interessentengruppe von rund 300 Interessenten. Interessenten kommen häufig ins Haus und treten häufig mit der Rezeption in Kontakt. Hier werden erste Daten gesammelt, den Interessenten wird eine Mappe überreicht. Die Mitarbeiterin des Sozialdienstes meldet sich umgehend beim Interessenten.</p> <p>F: Im mitgeltenden Dokument zum Erstkontakt werden bei Erstanfragen die Daten gesammelt, die wichtig sind, um sich bei den Interessenten zurückzumelden.</p> <p>N: Infomappe (abgelegt unter dem Ordner "Aufnahme")</p>	
<p>F: Beim Erstgespräch werden Betreuungsvollmacht und ärztliche Einstufung thematisiert. Ein Erstgespräch dauert rund 60 Minuten.</p> <p>F: Bei dem Angebot eines Zimmers wird darauf achtgegeben, dass der Einziehende in einem passenden Wohnbereich untergebracht wird.</p> <p>F: Zurzeit wird eine Warteliste angelegt, da wegen der zunehmenden Belegung der Einrichtung nicht in jedem Fall das bevorzugte Zimmer angeboten werden kann.</p> <p>F: Beim Erstgespräch wird auch danach gefragt, warum die Interessenten die Einrichtung wählen. Es wird ebenso nach seelsorgerlichen Bedürfnissen gefragt. Andachten der unterschiedlichen Religionen werden angeboten (Landeskirchen und Baptisten).</p> <p>F: Die Daten aus dem Erstgespräch werden im Laufwerk abgelegt (Einzugsliste - Einzugsplanung), auf das die aufnehmenden Wohnbereiche Zugriff haben (immer donnerstags werden die Listen herumgeschickt).</p> <p>F: Die Mitarbeiterin des Sozialdienstes gibt die Daten am Vortag in SAP ein, so dass die Daten auch am nächsten Tag in M-KIS, dem elektronischen Dokumentationssystem, aufgerufen werden können.</p> <p>F: Die Sozialarbeiterin informiert auch alle anderen Beteiligten über die Aufnahme. Die Mitarbeiter der Essensversorgung und die Reinigung erfahren über die Wohnbereiche, dass ein Einzug bevorsteht.</p> <p>F: Beim Erstgespräch werden die Wünsche und Bedürfnisse der Interessenten erfasst - durch die Einführung der Strukturierten Informationssammlung (SIS) wird diese Abfrage sichergestellt.</p>	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 2.2 Betreuungskonzept (7), K 2.2.2 Begleitung beim Heimeinzug Erstkontakt Soz Betreuung	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
<p>F: 11 Betreuungsassistenten (BTA) arbeiten im SZLI - drei pro Etage und ein Springer. An Wochenenden findet Einzelbetreuung statt. Dienstplanung erfolgt über die Wohnbereiche. Es gibt FD und SD bis 19:30 Uhr.</p> <p>F: Austausch mit der Heimfürsprecherin (nach Bedarf), Bewohnern und Mitarbeitern. Alle zwei Wochen findet eine Teamsitzung mit dem Sozialdienst statt und die BTA treffen sich wöchentlich, um die Wochenplanung zu besprechen.</p> <p>F: Viele Materialien sind vorhanden und können b.B. neu angeschafft werden.</p> <p>F: Sehr gut angenommen wird aktuell Singen, und Sitzgymnastik, Kochen und Backen.</p> <p>F: Einmal monatlich findet ein Gottesdienst statt. Vermittlung von Sterbeseelsorge ist möglich.</p>	<p>E: Einzelbetreuungsangebote sollten perspektivisch ausgebaut werden.</p>
<p>F: In der Regelung sind viele mitgeltende Dokumente aufgeführt, aber nicht im QMH hinterlegt.</p> <p>F: Die Integration der Bewohner in das Betreuungskonzept, Bewohnerbedürfnisse, Einbeziehung und Unterstützung von Angehörigen sowie die Evaluation der Maßnahmen geht aus der Regelung nicht hervor.</p>	<p>H: Alle aufgeführten Dokumente müssen im QMH hinterlegt sein.</p> <p>H: Die Regelung muss alle Kriterien aufgreifen.</p>

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 2.3 Zusammenarbeit mit Angehörigen und Bezugspersonen (1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
<p>F: Eine Heimfürsprecherin ist benannt, sie hat derzeit einmal wöchentlich Sprechstunde.</p>	

3.3.3 Hauswirtschaft

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 3.2 Wohnraumgestaltung	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Haustiere werden nicht mit aufgenommen (Hunde, Katzen), da die Versorgung der Tiere nicht sichergestellt werden kann, wenn die Besitzer es nicht mehr können.	
F: Wenn ein Raum geräumt werden muss, haben die Angehörigen zwei Tage Zeit, die Räumung zu organisieren.	
F: Bilder werden durch den Haustechniker angebracht, um zu verhindern, dass Leitungen beim Anbringen beschädigt werden.	
F: Die Regelung befindet sich im derzeitigen QM-Handbuch nicht.	H: Die Regelung muss erstellt werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 3.3 Verpflegung	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Für Sonderwünsche gibt es die Möglichkeit für die Wohnbereiche, diese beim Caterer zu bestellen (Aufschnittsorten, kalte Speisen zum Abend etc.). F: Suppen, Milchspeisen oder hochkalorische Kost kann entweder bestellt oder in den Wohnküchen selbst hergestellt werden.	
F: Auf den Wohnküchen lagern Speisen, auf die Bewohner Zugriff haben, wenn sie zwischen den Mahlzeiten noch Hunger haben.	
F: Die Ernährungsberatung kann durch eine Fachkraft des Caterers bestellt werden, die bspw. dann einmal wöchentlich in die Einrichtung kommt.	
F: Das Gesundheitsamt hat bereits einmal die Prozesse überprüft - hierbei gab es keine Mängel, die zu beheben wären.	
F: Die Regelung befindet sich im derzeitigen QM-Handbuch nicht.	H: Die Regelung muss erstellt werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 3.4 Reinigung	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Gegenbauer weist die Mitarbeiter nicht ein oder schult sie. Wenn die Leistung nicht dem Vertrag entspricht, kürzt der Hauptgeschäftsführer seine Zahlungen.	
F: Die Regelung befindet sich im derzeitigen QM-Handbuch nicht.	H: Die Regelung muss erstellt werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 3.5 Wäscheversorgung	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die Regelung befindet sich im derzeitigen QM-Handbuch nicht.	H: Die Regelung muss erstellt werden.
F: Unterweisungen mussten durch das Seniorenzentrum erfolgen. F: Flachwäsche und Berufskleidung wird vom externen Anbieter gewaschen. Wäschewechsel erfolgt individuell nach Bedarf. F: Bewohnerwäsche wird im Haus gewaschen.	

3.3.4 Betriebswirtschaft und Verwaltung

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
U 1.2 Controlling	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Eine Regelung liegt noch nicht vor.	H: Die Regelung muss erstellt werden.
F: Die Sachstände und Erfolge werden durch den HG kommuniziert.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
U 1.3 Vertragswesen	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Eine Regelung liegt noch nicht vor. Zur Zeit existieren mehrere Kooperationsverträge, wie Dienstvertrag Gegenbauer, Purgator (Caterer), Apotheke etc.	H: Die Regelung muss erstellt werden.
F: Der Umgang mit den mitgebrachten, "ortsveränderlichen elektrischen Geräte" wird im Heimvertrag geregelt: Die Einziehenden sind verpflichtet, funktionsbereite Geräte mitzubringen. Defekte elektrische Geräte müssen vorher in Stand gesetzt werden, um Gefährdungen für die Mitarbeitenden zu vermeiden.	
F: Das Forderungsmanagement wird durch die SFG erbracht - offene Posten gibt es jedoch.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
U 1.4 Nicht-vertragliche Kooperationen (1) ; U 1.4FM01 Lieferanten Dienstleisterbewertung (1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Laut der Verfahrensanweisung besteht eine Übersicht bezüglich der nicht-vertraglichen Kooperationen hinsichtlich Schnittstellen, Aufgabenverteilung, Kommunikation etc. - diese ist nicht im QMH hinterlegt.	H: Es muss eine entsprechende Übersicht erstellt und ins QMH eingestellt werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
U 1.5 Beschaffung und Lagerung	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Eine Regelung liegt noch nicht vor.	H: Die Regelung muss erstellt werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
U 1.6 Verwalten von Bewohner- und Patientendaten	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Eine Regelung liegt noch nicht vor.	H: Die Regelung muss erstellt werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
U 1.7 Verwaltung der Personaldaten	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Eine Regelung liegt noch nicht vor.	H: Die Regelung muss erstellt werden.

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

4 Begutachtungen

4.1 Begutachtungen von Wohnbereichen³

4.1.1 Büro 1. Obergeschoß

Datum:	16.3.2018
Begleitpersonen / Leitungen:	Fr. Drewing, Hr. Diétel

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? Mitarbeitenden bekannt?	iO
F 4.3 Brandschutz*	Aushang von Flucht- und Rettungsplänen*	iO
	Sind Fluchtwege / Flure frei begehbar?*	iO
	Sicherheit: Zugang zu gefährlichen Substanzen*	
F 4.4 Wartungs- und Kontrollsystem*	Kontrolle des Defibrillators / der Sauerstoffflasche des Reanimationswagens* (z.B. Ordner der Medizinprodukte - Wartungs- und Kontrollsystem. Mögliche Nachweise Anzahl, Art, Betriebsanleitungen bzw. Gebrauchsanleitungen)*	Es gibt einen Sauerstoffkonzentrator und ein Absauggerät. Die Geräte werden von einer Firma gewartet.
	Notfallausstattung*	k.B.
	Funktionskontrolle der Medizinprodukte durch die Mitarbeitenden des Bereiches*	iO
	Beachtung des Datenschutzes*	iO
	Überwachung der Kühlschranktemperatur (dokumentiert?)	iO
F 4.5 Hygiene**	Ausstattung Pflegewagen* / Arbeitsmittel im ausreichenden Umfang (Handschuhe, Händedesinfektionsmittel etc.) vorhanden?*	iO
	Sauberkeit / Pflege der Rollstühle, Lifter und anderer Hilfsmittel*	iO
	Veröffentlichung von Sicherheitsanweisungen, z.B. Verhalten im Notfall*	iO

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

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
	Erforderliche Hygienemaßnahmen bei Isolierten (Schutzkleidung, Hauben, Mundschutz, Handschuhe, Einmalkittel, Wäsche, Abwurf, Reinigung)?*	k.B.
	Umgang mit reinem / unreinem Arbeitsraum / Arbeitsmitteln*	iO
	Lagerungshilfsmittel*	k.B.
	Lagerung der Verbandsmaterialien / Sterilgut*	k.B.
	Kleidung der Mitarbeitenden*	iO
	Gesamteindruck Sauberkeit und Hygiene **	Der Wohnbereich ist sehr sauber.
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**	Sehr wohnlich.
	Gestaltung der Außenbereiche - Balkone / Gehwege / Bepflanzungen**	k.B.
	Erscheinungsbild der Flure / Gestaltung der Sitzgelegenheiten / Informationstafeln etc.**	Sehr farbig und freundlich gestaltet.
	Veranstaltungsübersicht**	iO
	Orientierungshilfen*	iO
K 2.3 Verpflegung *	Aktueller, gut lesbarer Speiseplan im Wohnbereich?*	iO
K 2.4 Reinigung **	Verkehrsflächen - Fußböden („runde Ecken“, Staub, Begehbarkeit)**	Die Fußböden sind sehr sauber.
	Gerüche?*	Keine.
	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?*	k.B.
	Liste der Pastoren / Pfarrer *	iO

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
	Utensilien zur Gestaltung des Abschieds von verstorbenen Bewohnern ('Aussegnungssets') in allen Wohnbereichen?*	Es gibt im Gemeinschaftsraum eine "Trauerecke" auf Wunsch der Bewohner.
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.
	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?	Von den neuen Aufnahmen erfährt die Wohnbereichsleitung über das Gruppenlaufwerk. Die Einzüge für die nächste Woche liegen schon vor.
	Kennen Sie die Ziele Ihrer Einrichtung? Kennen Sie die Ihrer Abteilung für dieses Jahr? Wissen Sie, wo Sie im Moment stehen?	Dieses Jahr gibt es das Ziel der Vollbelegung aller Wohnbereiche.
	Dienst- / Tourenplanung - Kap. 4.1.1	
	Interne Kommunikation - Kap. 4.1.1	
	Datenschutz - Kap. 4.3 (k113f)	
Gesamtbewertung**		Der Wohnbereich ist organisatorisch gut aufgestellt - alle Fragen konnten beantwortet werden. Der Wohnbereich ist sehr sauber, voller frischer Farben und gemütlicher wohnlicher Ecken.

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 3.0“ – 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 Büro 3. Obergeschoß

Datum:	16.3.2018
Begleitpersonen / Leitungen:	Frau Kalisch

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? Mitarbeitenden bekannt?	iO
F 4.3 Brandschutz*	Aushang von Flucht- und Rettungsplänen*	iO
	Sind Fluchtwege / Flure frei begehbar?*	iO
	Sicherheit: Zugang zu gefährlichen Substanzen*	Die Reinigungsmittel in der Stationsküche werden in einem nicht abschließbarem Schrank aufbewahrt
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)*	
	Notfallausstattung*	
	Funktionskontrolle der Medizinprodukte durch die Mitarbeitenden des Bereiches*	iO
	Beachtung des Datenschutzes*	iO
	Überwachung der Kühltanktemperatur (dokumentiert?)	iO
F 4.5 Hygiene**	Ausstattung Pflegewagen* / Arbeitsmittel im ausreichenden Umfang (Handschuhe, Händedesinfektionsmittel etc.) vorhanden?*	iO
	Sauberkeit / Pflege der Rollstühle, Lifter und anderer Hilfsmittel*	iO
	Veröffentlichung von Sicherheitsanweisungen, z.B. Verhalten im Notfall*	iO
	Erforderliche Hygienemaßnahmen bei Isolierten (Schutzkleidung, Hauben, Mundschutz, Handschuhe, Einmalkittel, Wäsche, Abwurf, Reinigung)?*	iO
	Umgang mit reinem / unreinem Arbeitsraum / Arbeitsmitteln*	iO
	Lagerungshilfsmittel*	iO
	Lagerung der Verbandsmaterialien / Sterilgut*	iO
	Kleidung der Mitarbeitenden*	iO
Gesamteindruck Sauberkeit und Hygiene **	iO	

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**	iO
	Erscheinungsbild der Flure / Gestaltung der Sitzgelegenheiten / Informationstafeln etc.**	iO
	Veranstaltungsübersicht**	iO
	Orientierungshilfen*	iO
K 2.3 Verpflegung *	Aktueller, gut lesbarer Speiseplan im Wohnbereich?*	iO
K 2.4 Reinigung **	Verkehrsflächen - Fußböden („runde Ecken“, Staub, Begehbarkeit)**	iO
	Gerüche?*	iO
	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
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

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
	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	
	Interne Kommunikation - Kap. 4.1.1	
	Datenschutz - Kap. 4.3 (k113f)	
Gesamtbewertung**		Sehr gut.

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 3.0‘ – 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 Büro Untergeschoß

Datum:	16.3.2018
Begleitpersonen / Leitungen:	Fr. Peters, Fr. Zander

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? Mitarbeitenden bekannt?	iO
F 4.3 Brandschutz*	Aushang von Flucht- und Rettungsplänen*	k.B.
	Sind Fluchtwege / Flure frei begehbar?*	k.B.
	Sicherheit: Zugang zu gefährlichen Substanzen*	k.B.
F 4.4 Wartungs- und Kontrollsystem*	Kontrolle des Defibrillators / der Sauerstoffflasche des Reanimationswagens* (z.B. Ordner der Medizinprodukte - Wartungs- und Kontrollsystem. Mögliche Nachweise Anzahl, Art, Betriebsanleitungen bzw. Gebrauchsanleitungen)*	
	Notfallausstattung*	iO
	Funktionskontrolle der Medizinprodukte durch die Mitarbeitenden des Bereiches*	Erfolgen derzeit nicht, geplant 1 x wöchentlich. H: Die Kontrollmessung der BZ-Geräte muss wöchentlich erfolgen.
	Beachtung des Datenschutzes*	k.B.
	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*	k.B.
	Veröffentlichung von Sicherheitsanweisungen, z.B. Verhalten im Notfall*	Betriebsanweisungen hängen noch nicht aus.
	Erforderliche Hygienemaßnahmen bei Isolierten (Schutzkleidung, Hauben, Mundschutz, Handschuhe, Einmalkittel, Wäsche, Abwurf, Reinigung)?*	iO
	Umgang mit reinem / unreinem Arbeitsraum / Arbeitsmitteln*	iO
	Lagerungshilfsmittel*	k.B.
	Lagerung der Verbandsmaterialien / Sterilgut*	iO
	Kleidung der Mitarbeitenden*	iO
Gesamteindruck Sauberkeit und Hygiene **		

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
K 1.9 Umgang mit den Medikamenten*	Die Medikamentenschränke sind abschließbar / Lagerung in Medikamentenkühlschränken bei Bedarf.*	iO
	Sachgemäße Lagerung / Aufbewahrung (Beschriftungen nach Anbruchs- und Verfallsdatum mit Jahreszahl* / Entsorgung der Medikamente (und Spritzenbestecke)*)	iO
	Kontrollliste Lagergut und Medikamente*	iO
	Entsprechen die gestellten Medikamente denen, die der Arzt angeordnet hat (Abgleich Medikamente / Verordnung)?*	k.B.
	BTM – Buch und Aufbewahrung (Vollständigkeit) / Verblisterung / Vier-Augen-Prinzip*	iO
K 2.2 Wohnraumgestaltung **	Gestaltung der Gemeinschaftsräume**	iO
	Gestaltung der Außenbereiche - Balkone / Gehwege / Bepflanzungen**	k.B.
	Erscheinungsbild der Flure / Gestaltung der Sitzgelegenheiten / Informationstafeln etc.**	E: Die Flure des Südbereichs könnten um Bilder ergänzt werden.
	Veranstaltungsübersicht**	
	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?***	iO
	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?*	Bibel liegen in BW-Zimmer, Einlegeblätter folgen demnächst.
	Liste der Pastoren / Pfarrer*	iO
	Utensilien zur Gestaltung des Abschieds von verstorbenen Bewohnern ('Aussegnungssets') in allen Wohnbereichen?*	Trauerwagen mit Utensilien steht bereit.

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
Sonstiges	Namenschilder?	iO
	FeM: Bei Freiheitsentziehenden Maßnahmen: liegt Gerichtsbeschluss vor? (Stichprobe)*	k.B.
	Handzeichenlisten aktuell? (Stichprobe: von der HZ-Liste zum Dienstplan zur Akte - Übereinstimmung?)*	k.B.
	Stufenloser Eingang *	iO, eine kleine Stufe befindet sich noch am Terrasseneingang.
	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	
	Interne Kommunikation - Kap. 4.1.1	
	Datenschutz - Kap. 4.3 (k113f)	
Gesamtbewertung**		Sehr ordentlicher und gut ausgestatteter Wohnbereich. Perspektivisch sollten die Flure mit Bildern gestaltet werden.

Legende:

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

Quelle: Kriterien des Prüfkataloges ‚Diakonie-Siegel Pflege, Version 3.0‘ – 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 Betreuten

4.2.1 Bewohnerin 1

Datum:	16.3.2018	Geb.Datum:	
Name, Vorname:		Bereich / Abteilung:	
Betreuung:	Angehörige	Pflegegrad	4
Derzeitige Situation:	Seit 09/2017 in der Einrichtung; Kognitiv eingeschränkt; Bewegte sich ohne Hilfsmitteln durch die Einrichtung - seit rund drei Wochen Verschlechterung des Allgemeinzustandes aufgrund von Schmerzen (Rücken- und Nierengegend); Ursache wird zur Zeit geklärt (Hausarzt) - Schmerzstärke wird erhoben - in Bewegung 5-6. Aufgrund der Schmerzen und Schmerzmedikation vermehrt bettlägerig. Dem wird durch vermehrte Ansprache entgegengewirkt. Nimmt an dem Beschäftigungsprogramm teil (zur Zeit nicht) und ist sehr gesellig. Benötigt bei der Tagespflege Anleitung (Körperpflege); BMI noch unproblematisch - muss bei Essen ebenso angeleitet werden. Bis vor kurzem kontinent - zur Zeit wird die Bewohnerin zur Toilette begleitet. Zur Zeit sturzgefährdet - Laufen mit Unterstützung; ansonsten kein Risiko. Bewegt sich im Bett und verändert ihre Lage.		
Medizinische Diagnosen:	Chronische Niereninsuffizienz IV. Grades bei Zystennieren.		
Aktueller Zustand / Umfeld:			
Haare:	k.B.	Ohren:	k.B.
Lippen:	k.B.	Zähne:	k.B.
Zunge:	k.B.	Achseln:	k.B.
Finger / Fingernägel	k.B.	Schulterblätter:	k.B.
Bauchnabel:	k.B.	Hüften:	k.B.
Analgegend:	k.B.	Leistenbereich:	k.B.
Fuß/Ferse/Fußnägel:	k.B.	Zehenzwischenräume:	k.B.
Ernährungszustand:	BMI 23,19	PEG/Sondennahrung:	k.B.
Wunden:	t.n.z.	Orientierung:	zeitlich, örtlich eingeschränkt;
DK:	t.n.z.	IKM:	Einlagen
Atmosphäre:		Bett (auch: höhenverstellbar)	
Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel		Gerüche:	
Nasszelle / WC:		Mobiliar:	
Zufriedenheit:			
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Die Bewohnerin nimmt gerne an den Angeboten teil - kann aber nicht konkret auf Fragen antworten.	Essen:	Schmeckt gut.
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):		Pflegerische Versorgung:	
Medizinische Versorgung:		Therapeutische Anwendungen:	
Sollte etwas verbessert werden?		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	
Bewertung:			
Sollte etwas verbessert werden?	Akute Schmerzen und das nun verabreichte Schmerzmittel (Tilidin) behindern die Bewohnerin in ihrer Aktivität und hemmen ihre Agilität. E: Es sollte ggf. über ein anderes Schmerzmittel nachgedacht werden. Abstimmung mit dem Hausarzt erfolgt erst nächste Woche. Hier sollte schneller reagiert werden können.		
Gesamteindruck / Bewertung:	Die Bewohnerin wird gemäß der Problematik gut versorgt - die Schmerzproblematik muss zeitnahe geklärt werden.	+ / -	

4.2.2 Bewohner 2

Datum:	16.3.2018		Geb.Datum:		
Name, Vorname:			Bereich / Abteilung:		
Betreuung:	Angehöriger.		Pflegegrad	4	
Derzeitige Situation:	Seit 10/2017 in der Einrichtung; Demenz; bewegt sich in Begleitung am Rollator - ohne Rollator und ohne Unterstützung sturzgefährdet; Inkontinent; ist meist selbstständig, zeitweise muss er ans Essen erinnert werden.				
Medizinische Diagnosen:	COPD - bei Bedarf hat er die Möglichkeit, ein O2-Gerät zu verwenden.				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:	k.B.	Augen:	k.B.
Lippen:	iO	Zähne:	iO	Zahnfleisch:	k.B.
Zunge:	iO	Achseln:	k.B.	Ellenbogen:	k.B.
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	k.B.	Brust:	k.B.
Bauchnabel:	k.B.	Hüften:	k.B.	Gluteal / Sakral	k.B.
Analgegend:	k.B.	Leistenbereich:	k.B.	Intimbereich:	k.B.
Fuß/Ferse/Fußnägel:	k.B.	Zehenzwischenräume:	k.B.	Hautzustand:	iO
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:	tnz	ggf. Ödeme:	t.n.z.
Wunden:	t.n.z.	Orientierung:	Zur Situation, zur Zeit, zum Ort und teilweise zur Person desorientiert.	Schmerzen:	t.n.z.
DK:	t.n.z.	IKM:			
Atmosphäre:	Wohnlich.	Bett (auch: höhenverstellbar)		Wandschmuck/Bilder	Wenig.
Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel	Sehr sauber.	Gerüche:	Keine.	Kleidung:	Privat.
Nasszelle / WC:	Sehr sauber.	Möbiliar:	Standard.		
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Der Bewohner kann Fragen nicht beantworten.		Essen:		
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):			Pflegerische Versorgung:		
Medizinische Versorgung:			Therapeutische Anwendungen:		
Sollte etwas verbessert werden?			Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:		
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?					
Gesamteindruck / Bewertung:	Der Bewohner wird aus fachlicher Sicht angemessen versorgt.		+ / -		

4.2.3 Bewohnerin 3

Datum:	16.3.2018		Geb.Datum:		
Name, Vorname:			Bereich / Abteilung:		
Betreuung:	Bevollmächtigte - Angehörige, Patientenverfügung.		Pflegegrad	5	
Derzeitige Situation:	Vollständige Unterstützung bei der Körperpflege; Unterstützung beim Anziehen, Transfer in den Rollstuhl mit zwei Personen; Schmerzen - Schmerzmedikation ist angesetzt.				
Medizinische Diagnosen:	Morbus Parkinson.				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:	iO	Augen:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	iO	Zahnfleisch:	iO
Zunge:	iO	Achseln:	k.B.	Ellenbogen:	k.B.
Finger / Fingernägel	k.B.	Schulterblätter:	k.B.	Brust:	k.B.
Bauchnabel:	k.B.	Hüften:	k.B.	Gluteal / Sakral	k.B.
Analgegend:	k.B.	Leistenbereich:	k.B.	Intimbereich:	k.B.
Fuß/Ferse/Fußnägel:	k.B.	Zehenzwischenräume:	k.B.	Hautzustand:	k.B.
Ernährungszustand:	BMI 30,19	PEG/Sondennahrung:	k.B.	ggf. Ödeme:	k.B.
Wunden:	t.n.z.	Orientierung:	Orientiert.	Schmerzen:	Keine Äußerung.
DK:	t.n.z.	IKM:			
Atmosphäre:	Wohnlich eingerichtet	Bett (auch: höhenverstellbar)	Gepflegt.	Wandschmuck/Bilder	Zahlreiche Bilder an der Wand.
Sauberkeit Zimmer / Nachtsiche / Hilfsmittel	sehr sauber.	Gerüche:	Keine.	Kleidung:	Persönlich, gepflegt.
Nasszelle / WC:	sehr sauber.	Mobiliar:	Neben dem Standard auch eigenes		
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Da nehme ich nicht teil - die anderen sind nicht so mein Alter und auch dement.		Essen:	Schmeckt nicht - versorgt sich selbst.	
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):			Pflegerische Versorgung:	"Das ist jetzt ein netter Pfleger".	
Medizinische Versorgung:			Therapeutische Anwendungen:		
Sollte etwas verbessert werden?	Ich möchte in ein größeres Zimmer, wo ich mit meinem Rollstuhl fahren kann.		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Angemessen.	
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?					
Gesamteindruck / Bewertung:	Der Bewohner wird angemessen versorgt.		+ / -		

4.2.4 Bewohner 4

Datum:	16.3.2018	Geb.Datum:	
Name, Vorname:		Bereich / Abteilung:	
Betreuung:	Vorsorgevollmacht liegt vor.	Pflegegrad	3
Derzeitige Situation:	Einzug Herbst 2017, PG 2, Entlassung aus Krankenhaus, Z.n. Durchblutungsstörungen und Beinamputation, kam zunächst als Verhinderungspflege, wartete auf Reha-Platz - Januar Reha-Maßnahme, wollte nach der Reha gerne hier einziehen. Hilfsmittel: Elektroscooter beantragt, Rollstuhl, Beiprothese, Urinflasche, Duschstuhl, Brille, Zahnprothese, IKM - offen. Pflege: Kompressionsstrumpf/-verband, Hilfe bei der Körperpflege Rücken, Unterkörper und Duschen, Unterstützung bei Toilettengang, Medikamentengabe - bereitstellen, Sturzrisiko, Betreuungsangebote entscheidet er selber die Teilnahme.		
Medizinische Diagnosen:	leichte Demenz diagnostiziert, voll orientiert, Beinamputation OS links (2017).		
Aktueller Zustand / Umfeld:			
Haare:	iO	Ohren:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	iO
Zunge:	iO	Achseln:	k.B.
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	k.B.
Bauchnabel:	k.B.	Hüften:	k.B.
Analgend:	k.B.	Leistenbereich:	k.B.
Fuß/Ferse/Fußnägel:	k.B.	Zehenzwischenräume:	k.B.
Ernährungszustand:	gut	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.
Wunden:	Keine.	Orientierung:	Voll orientiert.
DK:		IKM:	Einlage.
Atmosphäre:	Angenehm.	Bett (auch: höhenverstellbar)	
Sauberkeit Zimmer / Nachtsiche / Hilfsmittel	iO	Gerüche:	Keine.
Nasszelle / WC:		Mobiliar:	Standard, eigen Möbel kommen nächste
Zufriedenheit:			
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Ist zufrieden mit den Angeboten. Geht gern zur Presseschau, Bingo, die Vorträge sind schön. Herbstfest- und Weihnachtsfest waren sehr schön.	Essen:	Ist mit dem Essen zufrieden. Alkoholfreies Bier wäre schön. Bringen derzeit die Töchter mit.
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):	Wird bei Bedarf genutzt.	Pflegerische Versorgung:	Pflegerische Versorgung ist sehr gut. Verbandwechsel war laut Bewohner sehr gut, die Wunde ist jetzt abgeheilt. Ist mit allen Pflegekräften sehr zufrieden.
Medizinische Versorgung:	Hausarzt kommt 2 x wöchentlich ins Haus. Ist sehr zufrieden mit dem Hausarzt.	Therapeutische Anwendungen:	2 x wöchentlich Physiotherapie - sehr zufrieden.
Sollte etwas verbessert werden?	Eingang (Cafeteria) wäre schön, wenn man mit Rollstuhl wieder rein kann.	Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	
Bewertung:			
Sollte etwas verbessert werden?			
Gesamteindruck / Bewertung:	Sehr gute Verorgung, Bewohner fühlt sich sehr wohl.		+ / -

4.2.5 Bewohnerin 5

Datum:	16.3.2018	Geb.Datum:	
Name, Vorname:		Bereich / Abteilung:	
Betreuung:	gesetzliche Betreuung	Pflegegrad	2
Derzeitige Situation:	Einzug September 2017 nach mehreren Stürzen zu Hause mit Beckenringfraktur (2017), nach KH-Aufenthalt Dekubitus, sitzt im Rollstuhl, kann selbst aus Rollstuhl den Transfer ins Bett/Stuhl, kann nicht allein stehen, Ängste bezüglich Sauerstoffgabe - vor Funktionsausfall. Hilfsmittel: Brille, Zahnprothesen, Rollstuhl, Sitzhöhung, Duschstuhl, Bettisch. Pflege: Kompressionsverbände anlegen, Unterstützung Körperpflege Unterkörper und Rücken. Risiken: Sturzrisiko, Pneumonierisiko, Thromboserisiko, Dekubitusrisiko. Ernährungsrisiko bestand bei Aufnahme BMI 16,6 heute 24.		
Medizinische Diagnosen:	COPD Gold 3, Hyperaktives Delir, 24 h O2 -Gabe, chronisches Nierenversagen, Z.n. Hirninfarkt, Asthma Bronchiale, Mitralklappeninsuffizienz, Depression		
Aktueller Zustand / Umfeld:			
Haare:	iO	Ohren:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	iO
Zunge:	iO	Achseln:	k.B.
Finger / Fingernägel	Selbst.	Schulterblätter:	k.B.
Bauchnabel:	k.B.	Hüften:	iO
Analgegend:	k.B.	Leistenbereich:	k.B.
Fuß/Ferse/Fußnägel:	Selbst.	Zehenzwischenräume:	k.B.
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.
Wunden:	Keine laut Auskunft Patientin. Dekubitus im Sakralbereich verheilt.	Orientierung:	Voll orient.
DK:	t.n.z.	IKM:	Einlagen, Pants.
Atmosphäre:	Sehr wohnlich.	Bett (auch: höhenverstellbar)	iO
Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel	iO	Gerüche:	Keine .
Nasszelle / WC:	iO	Mobiliar:	Eigene Möbel.
Augen:	iO	Zahnfleisch:	iO
Ellenbogen:	k.B.	Brust:	Kk.B.
Gluteal / Sakral	Dekubitus 2017, aktuell verheilt		
Intimbereich:	iO		
Hautzustand:			
ggf. Ödeme:	Beide Beine.		
Schmerzen:	Nach Beckenbruch Schmerzen - links 6-7 NRS bei Bewegung und Ruhe		
Wandschmuck/Bilder	iO		
Kleidung:	sehr gepflegt, Tageskleidung		
Zufriedenheit:			
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Ab und zu nimmt sie teil, entscheidet selbst woran sie teilnimmt.	Essen:	Ist zufrieden, nette Runde am Tisch. Wünsche können geäußert werden.
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):	Hat derzeit kein Interesse daran teilzunehmen.	Pflegerische Versorgung:	Ist rund um sehr zufrieden.
Medizinische Versorgung:	1 x wöchentlich kommt der Hausarzt. Sehr zufrieden.	Therapeutische Anwendungen:	Physiotherapie kommt 2 x wöchentlich. Sehr Zufrieden mit Anwendung.
Sollte etwas verbessert werden?	Nein.	Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Sehr empathischer und zugewandter Umgang.
Bewertung:			
Sollte etwas verbessert werden?	Bitte bezüglich der Schmerzen im Beckenbereich nachfragen.		
Gesamteindruck / Bewertung:	Die Bewohnerin wird umfassend versorgt und äußert sich sehr zufrieden mit der Betreuung.	+ / -	

4.2.6 Bewohnerin 6

Datum:	16.3.18	Geb.Datum:	
Name, Vorname:		Bereich / Abteilung:	
Betreuung:	Vollmacht	Pflegegrad:	3
Derzeitige Situation:	Bewohner ist ein wenig erkältet, bot aber trotzdem an mir ein paar Fragen zu beantworten. Bewohnerin ist zeitlich desorientiert, leidet unter einer senilen Demenz. Sie weiß nicht, wann sie hier eingezogen ist, fühlt sich hier aber wohl.		
Medizinische Diagnosen:	Hypertonie, Diabetes mellitus, senile Demenz, Osteoporose,		
Aktueller Zustand / Umfeld:			
Haare:	iO	Ohren:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	iO
Zunge:	iO	Achseln:	k.B.
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	k.B.
Bauchnabel:	k.B.	Hüften:	k.B.
Analgegend:	k.B.	Leistenbereich:	k.B.
Fuß/Ferse/Fußnägel:	k.B.	Zehenzwischenräume:	k.B.
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.
Wunden:	t.n.z.	Orientierung:	zeitlich desorientiert
DK:	t.n.z.	IKM:	iO
Atmosphäre:	iO	Bett (auch: höhenverstellbar)	
Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel	iO	Gerüche:	Keine.
Nasszelle / WC:	iO	Mobiliar:	hat eigene Bilder im Zimme
Zufriedenheit:			
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Angebot ist gut.	Essen:	Bekommt alles was sie sich wünscht.
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):	Sie weiß, dass es hier Gottesdienste gibt, hat aber kein Interesse daran teilzunehmen.	Pflegerische Versorgung:	Sie kann sich alleine versorgen.
Medizinische Versorgung:	Ihr Sohn ist ihr Hausarzt.	Therapeutische Anwendungen:	k.A.
Sollte etwas verbessert werden?	Nein, ihr werden alle Wünsche erfüllt.	Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Sehr gut.
Bewertung:			
Sollte etwas verbessert werden?	Der Rollator war sehr schmutzig und sollte gereinigt werden.		
Gesamteindruck / Bewertung:	Sehr gut.	+ / -	

4.2.7 Bewohnerin 7

Datum:	16.3.2018	Geb.Datum:	
Name, Vorname:		Bereich / Abteilung:	
Betreuung:	Generalvollmacht	Pflegegrad:	
Derzeitige Situation:	Bew. Lebt seit ca. 2 Monaten in der Einrichtung und hat sich gut eingelebt. Sie fühlt sich hier sehr wohl. Sie kam ins KH aufgrund starker Dehydratation und ist danach gleich hier eingezogen. Sie weiß, dass sie es alleine zu Hause nicht schaffen würde		
Medizinische Diagnosen:			
Aktueller Zustand / Umfeld:			
Haare:	iO	Ohren:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	k.B.
Zunge:	iO	Achseln:	k.B.
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	k.B.
Bauchnabel:	k.B.	Hüften:	k.B.
Analgegend:	k.B.	Leistenbereich:	k.B.
Fuß/Ferse/Fußnägel:	k.B.	Zehenzwischenräume:	k.B.
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.
Wunden:	t.n.z.	Orientierung:	iO
DK:	t.n.z.	IKM:	iO
Atmosphäre:	iO	Bett (auch: höhenverstellbar)	iO
Sauberkeit Zimmer / Nachttische / Hilfsmittel	iO	Gerüche:	iO
Nasszelle / WC:	iO	Mobiliar:	iO
Zufriedenheit:			
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Sie nimmt gerne an allem teil, was angeboten wird. Am liebsten mag sie Bewegungsangebote.	Essen:	Sehr gut.
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):	Sehr gut.	Pflegerische Versorgung:	Sehr gut.
Medizinische Versorgung:	Sehr gut.	Therapeutische Anwendungen:	Sehr gut.
Sollte etwas verbessert werden?	mehr Personal wäre schön	Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Sehr gut.
Bewertung:			
Sollte etwas verbessert werden?			
Gesamteindruck / Bewertung:	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**).

	Stamblatt	Strukturierte Informationssammlung	Pflegeplanung	Pflegeplanung innerhalb der vorgegebenen Frist erstellt?	Pflegebericht	Leistungsnachweis / -dokumentation*	Dekubitusrisikoskala /-einschätzung*	Lagerungsprotokoll*	Betreuungsplanung und -nachweis	Wundprotokoll / -dokumentation*	Ernährungs- / Trinkprotokoll*	Sturzrisiko*	Förderung der Harnkontinenz*	Vitalzeichenkontrollblatt	Ärztliches Verordnungsblatt / Visitenprotokoll	Schmerzdokumentation	Medikamentenplan	Therapiedokumentation / Aktivierungsbogen	Seelsorge (Durchführungsnachweis / Dokumentation)*	Spirituelle Bedürfnisse des BW / Pat. dokumentiert (Anamnese)*	Überleitungsbogen	Leerstelle (zusätzliche Formulare KH / RK)	Ärztliches Verlaufsblatt	Therapeutisches Verlaufsblatt	Befunddokumentation	Vollständigkeit* / Anwendung*	Bewertung der Vollständigkeit und Schriftführung in Schulnoten	
1.	2	2	2	k.B.	k.B.	2	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	2	2	k.B.	2	2	k.B.	k.B.	k.B.	2	2	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	1,0
	Die SIS wurde ausgefüllt und die Bewohnerin insbesondere im oberen Themenfeld zitiert. Zitate sollten auch die anderen Themenfelder durchziehen - am Ende folgt der "Verständigungsprozess", aus dem die Maßnahmen für den Maßnahmenplan abgeleitet werden.																											
2.	2	2	2	k.B.	2	2	k.B.	k.B.	1	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	2	2	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	1	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	1,5
	Bewohner ist dement - kann sich jedoch den Namen eines Bewohners und den seiner Frau merken, mit denen er sehr gerne zusammen ist. Benötigt Ansprache und wird unruhig, wenn mittags alle Bewohner im Bett sind. Wird dann auf andere Wohnbereiche gebracht, ansonsten würde er aufstehen und könnte aufstehen. Das Medikamentenblatt wird trotz der aktuellen Medikamentenverordnungübersicht noch einmal händisch geführt.																											
3.	2	2	2	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
4.	2	2	2	k.B.	2	2	k.B.	tnz	1	tnz	tnz	tnz	tnz	2	2	tnz	2	2	2	tnz	tnz	tnz	tnz	tnz	tnz	tnz	1,2	
	Betreuungsplanung müsste angepasst werden, so das der eigentliche Bedarf dargestellt wird. BTA sollte kurz in den Bericht Beobachtungen eintragen.																											

5 Zusammenfassung

Für das Seniorenzentrum Bethel Lichterfelde und die Mitarbeitenden war es die erste Interne Revision.

Die drei Tage der Internen Revision im Seniorenzentrum Bethel Lichterfelde waren sehr interessant und fanden in einer für die Auditoren sehr angenehmen Atmosphäre statt. Jederzeit war ein fachlicher und konstruktiver Austausch mit allen sehr engagierten Beteiligten gegeben. Es war den Auditoren möglich, einen guten Einblick in alle Prozesse zu erhalten.

Das Seniorenzentrum Bethel Lichterfelde betreut derzeit 109 Bewohnerinnen und Bewohner und verfügt über eine gut gefüllte Warteliste. Die Neueinzüge erfolgen mit Bedacht, um das Personal nicht zu überfordern und allen Betreuten eine gleichbleibende und qualitativ hochwertige Pflege und Betreuung zu gewährleisten.

Die Einrichtung erzielte in den ersten beiden Kategorien (siehe Gesamtübersicht unten) sehr gute Bewertungen. Das Haus strahlt eine angenehme und frühlingshafte Willkommensatmosphäre aus. Alle drei Wohnbereiche mit den neun Wohngruppen überzeugen durch ihre frische farbliche Gestaltung und mit der neuen gut durchdachten und ansprechenden Einrichtung. Separate Dienstzimmer in jeder Wohngruppe ermöglichen den Pflegekräften eine ungestörte Rückzugsmöglichkeit zur Dokumentation, Visitenauswertung oder zur Vorbereitung von Behandlungspflegen. Viele separate und wohnlich eingerichtete Sitzecken laden zum Verweilen ein und die offenen Küchen in den Wohngruppen sind ansprechend eingerichtet. Das gesamte Haus wirkt sehr hell, sauber und gepflegt. Gefällige Fotoaufnahmen aus dem Bezirk bereichern die Wände. Der Ausblick in den großzügigen Garten lässt die Wirkung und Nutzungsmöglichkeiten im Sommer erahnen.

Die Konzepte und Standards im Qualitätsmanagementhandbuch (QMH) stellen einen Zwischenstand dar. Das Handbuch beinhaltet bereits sehr viele Verfahrensanweisungen – bezogen auf den kurzen Zeitraum seit der Eröffnung - und folgt einer übersichtlichen Struktur. Noch können nicht alle beschriebenen Prozesse entsprechend im operativen Geschäft gelebt werden (z.B. Fehlermanagement, Pflegevisiten). Andere Prozesse werden in der Praxis bereits gut umgesetzt, finden sich jedoch noch nicht im Handbuch wieder (z.B. Fort- Und Weiterbildung, Aufnahme, Umgang mit Medikamenten und Betäubungsmittel).

Der Aufbau der einzelnen Verfahrensanweisungen folgt der Gliederung nach Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, wobei letztere noch nicht durchgängig beschrieben wird. Hier sollte die Einrichtung in den kommenden Überarbeitungen Ergänzungen vornehmen und an dieser Stelle qualitative und quantitative Ergebniskriterien definieren. Denn eine klare Vorstellung vom Ergebnis, ist, neben den Zielen, die Voraussetzung für eine klare Prozessbeschreibung und die spätere Reflexion der realen Ergebnisse. Darüber hinaus vermischen sich in einigen Regelungen teilweise Kriterien der Kategorien (z.B. Umgang mit Bewohner- und Bewohnerinneneigentum), so finden sich beispielsweise Prozesse in den Strukturen wieder. Hier sollte perspektivisch, auch zur besseren Übersichtlichkeit, auf eine klare Trennung geachtet werden. Dieser Zwischenstand ist der Einrichtung bewusst und Ressourcen sowie eine Planung zur Weiterentwicklung stehen bereit. Auf eine Notenbewertung der Konzepte und Standards wurde aufgrund des kurzen Bestehens der Einrichtung verzichtet.

Die Stärken und Schwächen im Management sind allen Führungskräften bewusst und Strategien zur Verbesserung und Optimierung liegen vor bzw. sind in Erarbeitung. Die Einrichtung baut ein Kontroll- und Kennzahlensystem auf und nutzt partiell andere Wege der Rückmeldung, beispielsweise laufen die Fehlererkennungen momentan zum Teil über das gut implementierte Beschwerdemanagement. Zu den aktuellen Stärken im Management zählen beispielsweise die Personalakquise, der Erstkontakt, das Erstgespräch und das Fort- und Weiterbildungsmanagement.

Verbesserungspotential im Managementbereich liegt bei der Maßnahmenplanung, hier empfiehlt es sich, einen zentralen Maßnahmenplan zu erstellen, um den aktuellen Stand der Maßnahmen und deren Umsetzung durch ein Dokument zu verwalten. Im Bereich des Arbeitsschutzes fand im Oktober 2017 eine Begehung durch die Fachkraft für Arbeitssicherheit statt und ein technischer Bericht wurde erstellt. Die daraus abgeleitete Gefährdungsbeurteilung liegt noch nicht vor und sollte zeitnah erstellt werden. Darüber hinaus besteht Entwicklungspotential hinsichtlich der papierlosen Dokumentation (z.B. bei Protokollen, Dokumentation der Technik – Brandschutz), diese sollte ausgebaut werden, um allen betroffenen Personen jederzeit einen einfachen Zugriff zu den Dokumenten zu ermöglichen.

Die Pflegedokumentation befindet sich, unter Berücksichtigung der vielen Neuaufnahmen und der Neuaufstellung der Prozesse, in der Entwicklung, ist aber auf einem guten Stand. Positiv hervorzuheben ist die ausgesprochen dünne Handakte. Die Einrichtung dokumentiert

bereits viel digital, was sich perspektivisch durch das M-KIS-Upgrade noch besser und praktikabler bewerkstelligen lassen wird. Wie auch in anderen Einrichtungen gibt es in der Dokumentation einige Verbesserungspotentiale, beispielsweise das Schmerzmanagement nach Schmerzmittelgabe, die nachvollziehbare Darstellung von Phänomenen und Besonderheiten im Pflegebericht; die Dokumentation der Betreuungsleitungen und der Beratungen finden noch nicht vollumfänglich statt. Alle befragten Wohnbereichsleitungen gaben sehr kompetent Auskunft und sind dem fachlichen Austausch sehr aufgeschlossen gegenübergetreten.

Die im Rahmen der Revision besuchten Bewohner und Bewohnerinnen, äußerten sich sehr positiv über das Haus, ihre Versorgung und Betreuung. Die pflegerische Betreuung der gesehenen Bewohner und Bewohnerinnen aus der Stichprobe wurde durchweg als sehr gut bewertet.

Das SZLI ist auf einem guten Weg. Die Auditoren sind sich sicher, dass sich die Einrichtung weiter entwickeln wird und der Rezertifizierung im kommenden Jahr gewachsen ist.

Die überwiegend sehr guten Ergebnisse spiegeln sich in folgenden Einzelbenotungen wider:

UB/AF	Vor-Ort-Prüftermine	Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung (PD: nur Orientierung)			Ordnung, Sauberkeit, Hygiene			Konzepte und Standards			Pflegerisches / ärztliches / therapeutisches Management			Ergebnisqualität: (Pflege-)Zustand der BW / Pat.			Ergebnisqualität: Dokumentation			Durchschnitt (Pflegezustand doppelt gewichtet)		
		16	17	18	16	17	18	16	17	18	16	17	18	16	17	18	16	17	18	16	17	18
SZLI	14.03.-16.03.2018			1			1			k.B.			1			1			1			1,1

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

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

Berlin, 29.03.2018

Andreas Dietel, Henrike Zander

Anhang

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

Lichterfelde, 14.3. – 16.03.2018 _____ 51

Anhang 1 - Interne Revision in Medizin und Pflege, Seniorenzentrum Bethel Lichterfelde, 14.3. – 16.03.2018

<p>Allgemeines:</p>	<p>Auditoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frau Kalisch, GF PDL / SZKÖ - Herr Dietel, GFP SMG - Frau Zander, SBP SMG <p>Gesprächspartner: (Haupt-) Geschäftsführer und Vertretungen, zusätzliche Gesprächspartner nach Absprache (siehe unten).</p> <p>Dauer der Revision: 9.00 – 17.00 Uhr</p> <p>Medien / Vorbereitung: Bitte ein am Netzwerk angeschlossenes Laptop und einen Beamer im Besprechungsraum aufstellen. Das QM-Handbuch muss über Beamer und Laptop während der gesamten Zeit eingesehen werden können. Ggf. muss auch der Einblick in bereits (papiergestützte) archivierte Unterlagen ermöglicht werden (z.B. Pflegevisiten- / Fallbesprechungsprotokolle, Auditprotokolle).</p> <p>Alle Auditoren werden im Verlauf der Internen Revision Betreute der Unternehmensbeteiligung besuchen. Die sechs bis zwölf Betreuten werden am Morgen des ersten Tages als Zufallsstichprobe ausgewählt (bspw. mit FeM, Risikofaktoren, Soziale Betreuung, Veränderungen seit Übernahme der Pflege – Anpassung der Planungen und Maßnahmen).</p>
<p>1. Tag:</p>	<p>Darstellung der Prozesse mittel Verfahrensweisungen / Nachweisdokumente / Dokumentationsvisiten / Audits</p>
	<p>9.00 – 9.05 Uhr Auswahl der Stichprobe aus der Gesamtanzahl der Betreuten (→ Einverständniserklärungen) – aktuelle Bewohnerliste bereithalten</p> <p>9.05 – 9.20 Uhr Ablauf der Internen Revision / Aktuelle Themen / Aktuelle Entwicklung im SZLI Beteiligte: HG / GF / PDL / stv. PDL / QMB sowie weitere Gesprächspartner, die die Einrichtung auswählt. Bitte tragen Sie die Namen der Mitarbeitenden und deren Funktionen ein, ergänzen ggf. Personen, die Sie gerne bei einem Thema hinzuziehen möchten und geben Sie uns den Revisionsplan am Morgen des ersten Tages zurück bzw. übersenden die Datei an Herrn Dietel.</p> <p>9.20 – 10.20 Uhr Schwerpunktthema Sicherheit / Risikobasierter Ansatz⁴ – Audits Teil 1 Unterlagen / Medien: QM-Handbuch im Intranet, Pflegevisitenplanung/-auswertung, Gefährdungsbeurteilungen, Technischer Bericht, Protokolle ASA, Begehungsprotokolle, Brandschutzordnung, Feuerwehreinsatzplan/ Alarm- und Evakuierungsplan, Unterweisungen Arbeits- und Brandschutz, Beratungsnachweise Bewohner zum Brandschutz, Wartungsübersicht technische Anlagen, Prüfungsnachweise elektrischer Anlagen, Bestandsverzeichnis Medizinprodukte, Einweisungsnachweise Medizinprodukte, Protokolle Kontrollmessung BZ-Geräte, Hygieneplan/ Hautschutzplan/ Desinfektionsplan, Hygieneaudit, Datenschutzaudit, Verpflichtung auf das Datengeheimnis Schwerpunkte: Prozessbeschreibung zu Pflegevisiten, Arbeitsschutz, Brandschutz, Gebäude- und Geländesicherheit, Wartungs- und Kontrollsystem, Hygiene, Datenschutz / zu allen Audits → Darstellung der Ergebnisse /Auswertungen, Einleitung von Maßnahmen und Wirksamkeitskontrolle Beteiligte: HG, PDL, QB, Sicherheitsbeauftragte/r, Brandschutzbeauftragte/r, Hygienebeauftragte/r, Medizinproduktebeauftragte/r, Datenschutzbeauftragte/r sowie ggf. weitere Gesprächspartner.</p>

⁴ Vgl. Qualitätsmanagementbericht des DwB in der aktuellen Form

10.25 – 11.20 Uhr

Schwerpunktthema Sicherheit / Risikobasierter Ansatz¹ Teil 2

Unterlagen / Medien: siehe Teil 1

Schwerpunkte: siehe Teil 1

Beteiligte: siehe Teil 1

11.25 – 12.30 Uhr

Führung, Politik und Strategie

Unterlagen / Medien: QM-Handbuch im Intranet

Schwerpunkte: Qualitätspolitik, Organigramm, Leistungsbeschreibungen, Managementbewertung

Beteiligte: HG, PDL, QB.

12.30 – 13.15 Uhr Mittagspause

13.15– 14.30 Uhr

Personal Teil 1

Unterlagen / Medien: QM-Handbuch im Intranet, Einarbeitungscheckliste (ausgefüllt), Dienstplan, Protokolle Mitarbeitergespräche, Besprechungsprotokolle etc.

Schwerpunkte: Personalakquise, Personaleinsatzplanung, Fachkraftquote, Interne Kommunikation, Stellen- und Aufgabenbeschreibungen, Einarbeitung neuer Mitarbeiter, Mitarbeitendengespräche, Begleitung freiwillig Engagierter, BGM und BEM

Beteiligte: HG, PDL, QB, ggf. ehrenamtlich Mitarbeitende sowie ggf. weitere Gesprächspartner.

14.35– 15.30 Uhr

Personal Teil 2

Unterlagen / Medien: QM-Handbuch im Intranet, Fortbildungsnachweise und –statistik, ggf. Fortbildungsbewertungen, Literaturverzeichnis, Ausbildungsverträge

Schwerpunkte: Fort- und Weiterbildungsmanagement / Ausbildung (Zusammenarbeit mit den Ausbildungsstätten: Vermittlung der Nationalen Expertenstandards, Pflegeprozess), Registrierung beruflich Pflegender – Zertifizierung des internen Fortbildungsprogrammes

Beteiligte: HG, PDL, QB, Fortbildungsbeauftragter, Praxisanleiter und Auszubildender/-e sowie ggf. weitere Gesprächspartner.

15.35– 16.25 Uhr

Qualitätsmanagement

Unterlagen / Medien: QM-Handbuch im Intranet, Beschwerden/ Beschwerdeauswertung, Fehlermeldungen/Fehlerauswertung, ggf. Protokolle Qualitätszirkel, Auditplan, Maßnahmenpläne, Kenntnisnahmelisten

Schwerpunkte: Aufbau des Qualitätsmanagement-Systems, Lenkung von Dokumenten und Aufzeichnungen, Umgang mit Fehlern, Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen, Umgang mit Risiken und Chancen, Beschwerdemanagement, Interne Audits, Bewohnerbefragung

Beteiligte: HG, PDL, QB.

16.30 – 16.45 Uhr

Auditorenzeit: Abstimmung / Durchsicht von Nachweisen, des Maßnahmenplans mit stichprobenartiger Kontrolle der Umsetzungen.

16.50 – 17.00 Uhr

Zwischenergebnis Tag 1

¹ Vgl. Qualitätsmanagementbericht des DwB in der aktuellen Form