

Scheve Management
Referat Produkte

Geriatrische Reha-Klinik Bethel Trossingen

**Interne Revision in Medizin und Pflege
vom 01.02. – 02.02.2017**

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

Bericht im Auftrag des Gesellschafters

Auditoren:

Andreas Dietel, Heike Haase



**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 | 9 |
| 3.1 | MAßNAHMENPLAN..... | 9 |
| 3.2 | FÜHRUNGSPROZESSE | 9 |
| 3.2.1 | <i>Führung, Politik und Strategie</i> | 9 |
| 3.2.2 | <i>Personal</i> | 10 |
| 3.2.3 | <i>Qualitätsmanagementsystem</i> | 10 |
| 3.2.4 | <i>Sicherheit</i> | 10 |
| 3.3 | KERNPROZESSE | 13 |
| 3.3.1 | <i>Medizinische, pflegerische, therapeutische Versorgung</i> | 13 |
| 4 | BEGUTACHTUNGEN | 18 |
| 4.1 | BEGUTACHTUNGEN VON WOHNBEREICHEN | 18 |
| 4.1.1 | <i>Station B</i> | 18 |
| 4.1.2 | <i>Station A und C</i> | 21 |
| 4.2 | BEGUTACHTUNGEN VON BEWOHNERN | 24 |
| 4.2.1 | <i>Rehabilitand 1</i> | 24 |
| 4.2.2 | <i>Rehabilitand 2</i> | 25 |
| 4.2.3 | <i>Rehabilitand 3</i> | 26 |
| 4.2.4 | <i>Rehabilitand 4</i> | 27 |
| 4.2.5 | <i>Rehabilitand 5</i> | 28 |

| | | |
|----------|------------------------------------|-----------|
| 4.2.6 | <i>Rehabilitand 6</i> | 29 |
| 4.2.7 | <i>Rehabilitand 7</i> | 30 |
| 4.2.8 | <i>Rehabilitand 8</i> | 31 |
| 4.3 | ÜBERPRÜFUNG DER DOKUMENTATION..... | 32 |
| 5 | ZUSAMMENFASSUNG | 34 |
| | ANHANG | 37 |

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 |
| AEDL | Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens (aus: Pflegemodell nach Krohwinkel) |
| 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 Pfllegerische Dienste |
| F | Feststellung – Sachstand nach Bewertung des Qualitätsmanagementhandbuches und seiner Anforderungen; als Überschrift der Anforderungen im Diakonie-Siegel Pflege (z.B. F 2.2.1) steht F für ‚Führungsprozess‘ |
| FB | Fortbildung |
| FeM | Freiheitsentziehende Maßnahmen |
| GF | Geschäftsführer |
| gGmbH | Gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung |
| GHWL | Gebäude- und Hauswirtschaftsleitung |
| H | Hinweis – ‚muss‘ zur nächsten Revision umgesetzt sein bzw. nach Absprache auch eher |
| HA | Heimaufsicht des Landes |
| HG | Hauptgeschäftsführer |
| HZ | Handzeichen (-liste) |
| IKM | Inkontinenzmaterial |
| i.m-Injektion | Intramuskulär (in den Muskel) – Injektion |
| iO | In Ordnung |
| k.B. | Keine Bewertung |
| KHBE | Krankenhaus Bethel gGmbH |
| KIS | Krankenhausinformationssystem (wie z.B. MCC der Fa. Meierhofer, das im Diakoniewerk Bethel im Einsatz ist) |
| KL | Krankenhausleitung |
| KTQ | Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen |
| KVP | Kontinuierlicher Verbesserungsprozess |
| LA | Lebensaktivitäten (aus: Pflegemodell nach Roper) |
| LK | Leistungskomplexe |
| Ltg. | Leitung (Gruppenleitung, Abteilungsleitung etc.) |
| MA SD | Mitarbeiter Sozialdienst |
| MCC | Elektronisches Krankenhausinformationssystem der Fa. Meierhofer |
| MDK | Medizinischer Dienst der Krankenkassen |
| Med. GF | Medizinsicher Geschäftsführer |
| MRSA | „Methicillin-resistent Staphylococcus aureus“ |
| N | Nachweis |
| NBA | Neues Begutachtungsassessment (Begutachtungsinstrument durch den MDK ab 01.01.17) |
| NES | Nationale Expertenstandards des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) |
| NT | Neues Testament |

| | |
|-------------|---|
| 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 |
| POP | Praxisorientierte Pflegediagnostik |
| QB | Qualitätsmanagementbeauftragte |
| QM | Qualitätsmanagement |
| QMH | Qualitätsmanagementhandbuch |
| QPR | Qualitätsprüfungs-Richtlinie |
| 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 (Entbürokratisierung der Pflege) |
| SMG | Scheve Management GmbH |
| ST | Standards |
| Stv. | Stellvertretung |
| SZFR | Seniorenzentrum Bethel Friedrichshain |
| SZKÖ | Seniorenzentrum Bethel Köpenick |
| SZLI | Seniorenzentrum Bethel Lichterfelde |
| SZMÜ | Seniorenzentrum Bethel München |
| SZOE | Seniorenzentrum Bethel Bad Oeynhausen |
| SZTR | Seniorenzentrum Bethel Trossingen |
| SZWE | Seniorenzentrum Bethel Welzheim |
| SZWI | Seniorenzentrum Bethel Wiehl |
| t.n.z. | Trifft nicht zu |

| | |
|-----|---------------------|
| TD | Technischer Dienst |
| TEP | Totalendoprothese |
| UCH | Unfallchirurgie |
| VA | Verfahrensanweisung |
| WB | Weiterbildung |

1 Einleitung

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

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

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

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

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

Während im ersten Halbjahr die Revisionen der Bethel-Einrichtungen durchgeführt werden, stehen im zweiten Halbjahr die Ergebnisse auf der Agenda des DwB. Auf den Konferenzen der Führungskräfte aller Einrichtungen werden die Ergebnisse verglichen,

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

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

diskutiert und Maßnahmen / Planungen für das darauf folgende Jahr vorgestellt. Die Ergebnisse des Vorjahres stellen die Basis für die jeweils nächste Revision dar.

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

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

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

1.1.3 Ausblick

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

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

Um die Einrichtungen des DwB mit ihren Stärken, aber auch mit allen ‚Ecken und Kanten‘ darzustellen und dem Informationsbedürfnis der Interessenten entgegenzukommen, werden bereits seit Anfang 2008 alle internen wie auch alle von der Heimaufsicht

(im Folgenden: HA) und dem MDK erstellten Berichte im Internet vollständig veröffentlicht, obwohl sie dem Leser wegen ihres Umfangs ein gewisses ‚Durchhaltevermögen‘ abverlangen.

1.2 Kriterienauswahl

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

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

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

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

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

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

Im folgenden Kapitel werden die Strukturdaten der Einrichtungen dargestellt.

2 Allgemeine Angaben zur Einrichtung

| | | |
|--------------------------|-----------------|-----------------|
| Datum der Prüfung | von: 01.02.2017 | bis: 02.02.2017 |
|--------------------------|-----------------|-----------------|

Uhrzeit / Thema der Revisionstage

| | | | | |
|---------|------|-------|------|-----------|
| 1. Tag: | von: | 09.00 | bis: | 17.00 Uhr |
| 2. Tag | von: | 09.00 | bis: | 17.00 Uhr |

Anwesende Personen:

Prüfer / Gutachter:

Frau Haase, KHBE

Herr Dietel, SMG

Gesprächspartner der Einrichtung:

HG Frau Sleiers

GF PDL Frau Rill

Med. GF Frau Dr. Mihalka

Oberarzt Frau Dr. Dieterle

Assistent der GF Herr Hilz

QMB Herr Ströbele

BL Küche Herr Kaiser

STL Herr Schwenk,

BL SozD Frau. Schumpp

BL Technik Herr Dieckmann

BL Cafeteria Frau Knöbel

BL HW Frau Schwedow

BL Therapie Herr Dürrschnabel

Wann wurde die Einrichtung zuletzt von anderen Qualitätsprüfungsinstitutionen besucht

04.03.- 05.03.2014 IR

Name und Träger der Einrichtung sowie verantwortliche Personen mit Angabe der Qualifikationen:

Name der Einrichtung: Geriatrische Reha-Klinik Bethel Trossingen gGmbH

Gesellschafter: Diakoniewerk Bethel gemeinnützige GmbH

Heimleiter / HG: Frau Helene Sleiers

PDL / Geschäftsführerin: Frau Helena Rill

Medizinische Geschäftsführung: Frau Dr. Mihalka

QMB: Herr Claus Ströbele

Seit wann besteht die Einrichtung?

Seit 2005 Geriatrische RH Klinik

Welche Zusatzleistungen / Spezialisierungen werden von der Einrichtung angeboten?

1. Weiterbehandlung (Hausbesuche) durch Ambulante Therapie
2. In Therapie tgl Kleingruppen (Koordinationstraining, Atemgymnastik, Armgymnastik und Hockergymnastik)

Art der Einrichtung und Versorgungssituation

Bettenanzahl: 58 Planbetten
 Aktuelle Belegung: 64 (30.01.2017)
 Auslastung in %: 123% (SAP rechnet mit 52 Betten)

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

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

Struktur der Wohn- und Pflegebereiche / Stationen

| Wohnbereich / Stationen | geht über Ebenen | | Anzahl Wohnplätze / Betten | | | | davon nach SGB XI eingestuft in Pflegegrade | | | | | beantragt oder ohne PG | |
|-------------------------|------------------|----|----------------------------|-----------|---|----|---|----------|-----------|----------|----------|------------------------|-----------|
| | 1 | >1 | 1 | 2 | 3 | >3 | Belegung / Versorgung Gesamt | I | II | III | IV | | V |
| A | x | | | 8 | | | | | 1 | | | | 4 |
| B | x | | 4 | 26 | | | | | 5 | 2 | | | 14 |
| C | x | | 4 | 26 | | | | | 6 | 1 | 1 | | 17 |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| Gesamt: | | | | 68 | | | 51 | 0 | 12 | 3 | 1 | 0 | 35 |

Folgende Ausstattung ist vorhanden (ja/nein):

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

Zusammensetzung Pflegepersonal

| Qualifikationen | Vollzeit | | Teilzeit | | Gesamt-Std. | Geringf. Beschäftigte | |
|--|-----------------|-------------------|-----------------|-------------------|---------------|-----------------------|-------------------|
| | Anzahl MA in VK | Stunden wöchentl. | Anzahl MA in VK | Stunden wöchentl. | | Anzahl MA in VK | Stunden wöchentl. |
| Krankenschwestern | 6,00 | 240,00 | 1,50 | 60,00 | 300,00 | | |
| Altenpfleger/-innen | 2,00 | 80,00 | 0,70 | 28,00 | 108,00 | | |
| Pflegehilfskräfte ohne Qualifikation | 3,00 | 120,00 | 2,30 | 92,00 | 212,00 | 0,50 | 21,93 |
| Pflegehilfskräfte mit Basisqualifikation | 1,00 | 40,00 | | 0,00 | 40,00 | 0,25 | 10,18 |
| Auszubildende | | 0,00 | 0,33 | 13,20 | 13,20 | | |
| Gesamt: | 12,00 | 480,00 | 4,83 | 193,20 | 673,20 | 0,75 | 32,11 |

3 Prüfkatalog Diakonie-Siegel Pflege³

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 | |
|--|--|
| KTQ: 6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen Managementbewertung | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| F: Projekt MCC: Umstellung auf Shiva (Betten- und Therapieplanung) - Schnittstelle zu SAP funktionieren jetzt. Zur Zeit läuft die Testphase, die Patienten per Shiva einzuplanen. F: Schaffung einer zentralen Aufnahmestelle - in der die Patienten für die Aufnahme vorbereitet werden (Assessments, Blutabnahmen etc.) - Umsetzung noch dieses Jahr. F: Fokus auf dem Risikomanagement: Risiken entdecken und in den Fokus nehmen. F: Zur Zeit ist die Stelle der Diätassistentin nicht besetzt. Ausblick: Angebot Ernährungsberatung für Firmen vor Ort. F: Stärkung des ärztlichen Teams. | |

³ © Diakonie-Siegel Pflege Auditcheckliste Version 3. Alle Rechte vorbehalten. DQE / © Kooperation für Transparenz und Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen, KTQ, in der Version 1.1 für Reha-Kliniken.

3.2.2 Personal

3.2.3 Qualitätsmanagementsystem

3.2.4 Sicherheit

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|--|---|
| KTQ: 3.1.1.0 VA VERFAHREN ZUM ARBEITSSCHUTZ, 3.1.1.1 MD Zusatz zum Arbeitsschutz, 3.1.1.2 MD Gefahrenstoffkataster | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| <p>F: Die Sicherheits- und Arbeitsschutzbeauftragten werden in der VA in der Struktur nicht benannt.</p> <p>F: Gefahrenstoffkataster ist vorhanden.</p> <p>N: Gefahrenstoffkataster</p> | <p>H: Die Struktur muss vervollständigt werden.</p> |
| <p>F: Im Verbandbuch befinden sich die Adressen des D-Arztes in Spaichingen.</p> <p>F: Seit die Sicherheitsbraunülen eingeführt wurden, gibt es nur zwei Nadelstichverletzungen.</p> <p>N: ASA, 14.11.2016; Psychische Belastungsanalyse 2016; Maßnahmenplan, Auswertungen, Unfallstatistiken 2016</p> | |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|---|--|
| KTQ: 3.1.2.0 VA Verfahren zum Brandschutz, 3.1.2.1 MD Brandschutzordnung A, 3.1.2.2 MD Brandschutzordnung B&C, 3.1.2.3 MD Aufgaben Brandschutzbeauftragte® | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| F: Die Verfahrensanweisung erscheint bezüglich einiger Kriterien ungeordnet. Ergebnis- und Prozesskriterien befinden sich in den Strukturen. | E: Die Einrichtung muss das Verständnis von dem, was Strukturen, Prozesse und Ergebnisse sind, gemeinsam klären und die VA noch ordnen. Das erleichtert das Lesen und das Verständnis von hauseigenen Prozessen. |
| F: Die letzte Brandverhütungsschau war 2016, die letzten Übung der Brandschutzhelfer war 2016, die letzte Löschübung 2015. | |
| F: Die VA zur Organisation des Brandschutzes enthält sehr gute Ergebniskriterien. Allerdings ist mit der Umsetzung von Schulungsmaßnahmen und dem Erstellen von entsprechenden Unterlagen (Brandschutzordnung, Fluchtwege, Telefonketten usw.) noch nicht sichergestellt, dass der Prozess im Ernstfall auch funktioniert. F: Die Einführung und Schulung wird funktionspezifisch durchgeführt - Nachtwachen werden auf andere Verhaltensweisen aufmerksam gemacht, als Mitarbeiter des Tagdienstes bspw. | H: Die Einrichtung muss nachweisen können, dass häufigere, kleinere Ernstfallübungen stattfinden und die Ergebnisse sowie Maßnahmen dokumentieren. |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|---|--|
| KTQ: 3.2.2.0 VA Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten, 3.2.3.0 VA Planung und Durchführung hygiesichernder Maßnahmen, 3.2.4.0 VA Einhaltung von Hygienerichtlinien | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| F: Die Einrichtung führt ein ausführliches und aktuelles Hygienehandbuch. | |
| F: Die Hygieneprozesse werden in den Verfahrensanweisungen beschrieben. F: Die Struktur zum Hygienemanagement ist umfassend. N: CeBe Hygienemanagement 2015, VA Organisation der Hygiene, | |
| F: Nicht alle Aspekte der Kriterien (bezüglich der Informationsübermittlung bei hygienischen Mängeln oder Fehlverhalten) werden in der VA aufgenommen. | H: Die Anweisung muss ergänzt werden. |
| F: Cafeteria: Abklatschtest: Keim an den Gläsern; Maßnahme: Temperaturkontrolle; technische Kontrolle der Spülmaschinen, Bedienungsanleitung und Schulung der Mitarbeiter. Für Ende März ist die Wiederholung des Abklatschtestes vorgesehen, um die Wirksamkeit der Maßnahmen sicherzustellen. N: Resistenzstatistiken, Maßnahmenplan 2016. | |
| F: Bei komplizierten Heilungsverläufen (Wunden) wird ein Keimspektrum erstellt um Antibiotika gezielt einsetzen zu können. N: Auswertung nosokomiale Infektion, Infektionsstatistiken | |
| F: Die gesehenen VA sind ausführlich. Teilweise werden die Beschreibungen nicht der geeigneten Kategorie (Struktur, Prozess, Ergebnis) zugeordnet. | |

3.3 Kernprozesse

3.3.1 Medizinische, pflegerische, therapeutische Versorgung

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|--|--|
| KTQ: 3.3.1 Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten, 3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln; DSP: K 1.7 Umgang mit Medikamenten und Betäubungsmitteln (BTM); | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| F: Unerwünschte Arzneimittelwirkungen hat es im letzten Jahr nicht gegeben. | |
| F: Die Reha-Klinik kooperiert mit mehreren Trossinger Apotheken, die in der Lage sind, zeitnah Medikamente zur Verfügung zu stellen. | |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|---|--|
| KTQ: 3.1.3.0 VA Verfahren von hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz, 3.1.3.1 MD Gebäude- und Geländesicherheit; DSP K1.12 Verhalten in Notfallsituationen | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| F: Die Überprüfung der Abläufe findet - z.B. im Bereich Brandschutz statt (Simulationen von Notfallsituationen). | |
| F: In der Verfahrensanweisung fehlen teilweise Kriterien in der Struktur, die weiter unten, im Prozess und im Ergebnis, benannt werden. F: Jeder Mitarbeiter ist über das Vorgehen bei "Hinlauffendenzen" informiert. 2016 kam dieser Fall dreimal vor. N: Notfallmappe | E: Die Einrichtung muss das Verständnis von dem, was Strukturen, Prozesse und Ergebnisse sind, gemeinsam klären und die VA noch ordnen. Das erleichtert das Lesen und das Verständnis von hauseigenen Prozessen. |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|--|--|
| KTQ: 3.1.4.0 VA Verfahren medizinischer Notfallsituationen, 3.1.4.4 MD Aufgaben Ersthelfer(in) | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| F: Reanimationen kamen seit 10 Monaten nicht mehr vor - Notarzteinsätze: Verlegung von Patienten bei akuten Geschehen (pulmonale / cardiale Insuffizienz, Frakturen nach Sturz) pro Monat etwa zwei Fälle. | |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|---|--|
| KTQ: 1.4.1.0 VA Entlassung und Verlegung, 1.4.1.1 MD Vorzeitige Entlassung, 1.4.1.2 MD NES Entlassmanagement | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| F: Die Regelung orientiert sich an dem KTQ-Kriterium und ist auskunftstark auch bei der Beschreibung spezieller Entlasssituationen. | |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|---|--|
| KTQ: 1.3.7 VA Kooperation mit allen Beteiligten der Rehabilitandenversorgung | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| F: Tägliche ärztliche Visiten finden statt. F: Die täglichen Visiten finden vor den ärztlichen Besprechungen statt und werden bedarfsgerecht, also nicht unbedingt täglich, durchgeführt. Die Stationsvisite wird nicht terminiert. Die Chefarztvisite und die Kurvenvisite werden terminiert. | |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|--|--|
| KTQ: 1.3.5.0 VA Koordinierung des Therapieaufenthaltes | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| F: Die psychiatrische Notfallsituation wird nicht erläutert. | H: Diese Ausnahmesituation muss im Kriterium zu den Notfällen geregelt werden. |
| F: Fachpersonal - auch ärztliches - ist jederzeit vor Ort verfügbar. | |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|---|--|
| KTQ: 1.3.4.0 VA Rehabilitandenorientierung während des Therapieaufenthaltes_Ernährung, 1.3.4.7 MD NES Ernährungsmanagement, 1.3.4.2 MD Diätkatalog | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| F: In der Regelung werden nicht alle Aspekte des KTQ-Kriteriums aufgenommen - das Kernthema "zügiger Transport" der Speisen wird bspw. nicht beschrieben. Zum Teil werden mehrere Abläufe / Prozesse in einem Absatz beschrieben, was für die Verständlichkeit nicht günstig ist. | E: Die Einrichtung sollte ihre Prozesse analysieren und verständlich darstellen. |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|--|--|
| KTQ: 1.3.1.0 VA Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Rehabilitation, 1.3.1.1 MD Mitarbeit bei ärztlicher Diagnostik, 1.3.1.2 MD Umgang mit Medikamenten und Betäubungsmitteln, 1.3.1.4.4 MD Ergo DEM TEC, 1.3.1.8 MD NES Chronischen Wunden, 1.3.1.9 MD NES Dekubitusprophylaxe | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| F: Nicht auf alle Check-Kriterien wird in der VA 1.3.1.0 eingegangen. F: Im therapeutischen Bereich gibt es Handlungsempfehlungen, die durch die Chefärztin aktualisiert werden. | H: Die Einrichtung muss diese Punkte sorgfältig in den VA behandeln, da die Check-Schritte auch dort durchgeführt und ggf. Anpassungsmaßnahmen ergriffen werden. |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|--|---|
| KTQ: 1.2.4.0 VA Integration der Rehabilitanden in die Behandlungstherapieplanung | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| F: Die Regelung nimmt einige Fragen des KTQ-Manuals auf und beantwortet sie. | H: Grundsätzlich müssen die Kernelemente der Kriterien des KTQ-Manuals gemeinsam im Team geklärt und darauf hin die Verfahrensweisung ergänzt werden. |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|--|---|
| KTQ: 1.2.3.0 VA Festlegung des Rehabilitationsprozesses, 1.2.3.3 MD Vorlage Therapieheft | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| F: Ein schwierig auszuarbeitendes und zu verschriftlichendes Kriterium. Die Verfahrensweisung ist entsprechend - in Teilen - unklar. | H: Schwierige Kriterien müssen noch einmal im Team besprochen werden: worum geht es, was soll ausgesagt werden? |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|--|---|
| VA 3.3.1.0 VA ANWENDUNG VON ARZNEIMITTEL UND MEDIZINPRODUKTE | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| <p>F: Wenn in VA auf Mitgeltende Dokumente verwiesen wird, ist es zweckmäßig, das Dokument mit seiner Nummer zu benennen, damit der Leser sofort nachschauen kann.</p> <p>F: Die Oberärztin überprüft monatlich die BTM-Bestände, um Mißbrauch oder Verlust vorzubeugen.</p> <p>F: Zur Zeit werden die Verfahrensweisungen zum Umgang mit BTM überarbeitet.</p> <p>F: Durch Kooperation ist sichergestellt, dass akut benötigte Medikamente bis 18.00 Uhr ausgeliefert werden.</p> | <p>E: Die Verweise sollten so gestaltet sein, dass jeder Leser die entsprechenden Dokumente leicht auffinden kann.</p> <p>H: Die Belieferung mit dringend benötigten Medikamenten muss in der VA beschrieben.</p> |
| F: In der VA 3.3.1.0 VA ANWENDUNG VON ARZNEIMITTEL UND MEDIZINPRODUKTE werden die vorhandenen Strukturen, Prozesse und Ergebnisse beschrieben. | |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|---|--|
| KTQ: 3.3.4 VA Anwendung von Medizinprodukten | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| F: In der Verfahrensanweisung werden die Abläufe beschrieben. Teilweise stimmen die Kriterien nicht mit den Kategorien (Struktur, Prozess, Ergebnis) überein. | H: Ergebnisse müssen so ausformuliert werden, dass sie nachmessbar sind. |
| F: Zur Zeit hat die Klinik keinen bestellten Medizinproduktebeauftragten. | H: Die Einrichtung muss überlegen, ob der Beauftragte des Seniorenzentrums auch die Aufgabe für die Reha-Klinik übernehmen kann. |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation | |
|---|--|
| KTQ: VA 1.3.2 Anwendung von Leitlinien | |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| F: Zum Zeitpunkt der Prüfung ausgewählter Verfahrensanweisungen (VA) und ihrer mitgeltenden Dokumente (MD) konnte im Qualitätsmanagementhandbuch ein Nachweis für einen bestellten Medizinproduktebeauftragten nicht gefunden werden - die Funktion bekleidet in der Regel der Leiter des technischen Dienstes. | H: Die Einrichtung muss die VA präzisieren und die Bestellung nachweisen. Nachtrag: Die Einrichtung hat die entsprechende VA 3.3.4.0 überarbeitet (23.3.2017) und die Bestallungsurkunde des Medizinproduktebeauftragten vom 1.1.2017 nachgereicht. Somit waren die Anforderungen des KTQ-Kriteriums 3.3.4 zu diesem Aspekt zum Zeitpunkt der Interen Revision umfassend erfüllt. |

4 Begutachtungen

4.1 Begutachtungen von Wohnbereichen⁴

4.1.1 Station B

| | |
|------------------------------|---|
| Datum: | 01.02.2017 |
| Begleitpersonen / Leitungen: | Hr. Ströbele, Hr. Schöps, Hr. Dietel, Hr. Schwenk |

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

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

| Subkategorie | Kriterium / Subkriterium | Kommentar |
|---|--|---|
| | Lagerungshilfsmittel* | iO |
| | Lagerung der Verbandsmaterialien / Sterilgut* | iO |
| | Kleidung der Mitarbeiter* | iO |
| | Gesamteindruck Sauberkeit und Hygiene ** | iO |
| 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)?* | t.n.z. |
| | BTM – Buch und Aufbewahrung (Vollständigkeit) / Verblisterung / Vier-Augen-Prinzip* | iO |
| K 2.2 Wohnraumgestaltung ** | Gestaltung der Gemeinschaftsräume** | Cafeteria, Gemeinschaftszonen usw. erscheinen duchgehend farbenfroh und abwechslungsreich eingerichtet. |
| | Gestaltung der Außenbereiche - Balkone / Gehwege / Bepflanzungen** | Wegen der winterlichen Zeit kann dieser Punkt nicht beurteilt werden. |
| | Erscheinungsbild der Flure / Gestaltung der Sitzgelegenheiten / Informationstafeln etc.** | Sehr schön gestaltete Sitzecken. |
| | 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)** | Sehr sauber. |
| | Gerüche?* | Keine Gerüche. |
| | Sanitärbereiche und Funktionsräume** | Sehr sauber. |
| | Sauberkeit und Ordnung in Gemeinschaftsräumen** | Sehr sauber. |
| | Sauberkeit der Umgebung: Fenster, Sonnenschutz / Jalousien ** | Sehr sauber. |
| | Sauberkeit Verteilerküchen** | t.n.z. |
| U 1.5 Beschaffung und Lagerung | | |
| Diakonisch-Kirchliche Angebote * | Leitbilder gut sichtbar und bewohnerorientiert angebracht?* | iO |
| | Ausstattung der Bewohnerzimmer / Büros mit Neuem Testament (NT)* | Die Ausstattung mit Bibeln hat sich nicht bewährt - sie sind "abgängig" oder stark verschmutzt. Bibeln stehen in der Gemeinschaftszone. |
| | Angebotsübersicht gut sichtbar?* | iO |
| | Bibel / Feiern und Loben / andere Gesangsbücher in allen Wohnbereichen / Einlegeblätter?* | iO |
| | Liste der Pastoren / Pfarrer* | Die Liste der Pastoren ist nicht in der Patienteninformation. H: Die Liste der Pastoren muss dem Info-Material hinzugefügt werden. |
| | Utensilien zur Gestaltung des Abschieds von verstorbenen Bewohnern ('Aussegnungssets') in allen Wohnbereichen?* | iO |

| Subkategorie | Kriterium / Subkriterium | Kommentar |
|--------------------------------|---|--|
| Sonstiges | Namenschilder? | iO |
| | FeM: Bei Freiheitsentziehenden Maßnahmen: liegt Gerichtsbeschluss vor? (Stichprobe)* | t.n.z. |
| | Handzeichenlisten aktuell? (Stichprobe: von der HZ-Liste zum Dienstplan zur Akte - Übereinstimmung?)* | iO |
| | Stufenloser Eingang * | iO |
| | Aufzüge mit großen, für Rollstuhlfahrer erreichbaren Bedienelementen (Höhe unter 1.20 m)* | iO |
| | Handläufe, Haltegriffe* | iO |
| | Behindertengerechtes Bad / Toilette auf allen Etagen* | iO |
| | Rufanlage in jedem Zimmer vorhanden / Nachtbeleuchtung* | iO |
| | Rutschfester Fußboden* | iO |
| | An Pflegefachkraft: Wann erfahren Sie von Aufnahmen? Welche Informationen erhalten Sie aus dem Erstgespräch / der prästationären Sprechstunde / vom Überleitungsbogen? Wer legt die Bezugs- / Bereichspflegefachkraft fest? | Aufnahmen werden einen Tag vorher angekündigt. |
| | Kennen Sie die Ziele Ihrer Einrichtung? Kennen Sie die Ihrer Abteilung für dieses Jahr? Wissen Sie, wo Sie im Moment stehen? | iO |
| | Dienst- / Tourenplanung - Kap. 4.1.1 | (Kontinuität der Pflegefachkräfte ersichtlich? Gegeben?) |
| | Interne Kommunikation - Kap. 4.1.1 | |
| Datenschutz - Kap. 4.3 (k113f) | | |
| Gesamtbewertung** | | Die Station ist sehr sauber und gut organisiert. Alle erfragten Bereiche wurden umfassend dargestellt. Das Medikamenten- und BTM-Management ist umfassend. |

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 Station A und C

| | |
|------------------------------|--|
| Datum: | 01.02.2017 |
| Begleitpersonen / Leitungen: | Fr. Rill, Fr. Haase, Hr. Hiltz, Fr. Schugg |

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

| 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* | nicht geprüft, da keine BTM's vorhanden |
| K 2.2 Wohnraumgestaltung ** | Gestaltung der Gemeinschaftsräume** | Sehr wohnlich und behaglich. |
| | Gestaltung der Außenbereiche - Balkone / Gehwege / Bepflanzungen** | Winterliches Aussehen - für den kommenden Frühling sind jedoch umfangreiche Pflanzungen vorgesehen. |
| | Erscheinungsbild der Flure / Gestaltung der Sitzgelegenheiten / Informationstafeln etc.** | Die Klinik strahlt weitgehend einen sehr wohnlichen und behaglichen Charakter aus. |
| | 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)** | 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?* | iO |
| | Liste der Pastoren / Pfarrer* | iO |
| | Utensilien zur Gestaltung des Abschieds von verstorbenen Bewohnern ('Aussegnungssets') in allen Wohnbereichen?* | iO |

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

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

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

4.2 Begutachtungen von Bewohnern

4.2.1 Rehabilitand 1

| | | | | | |
|--|---|--------------------------------------|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Datum: | 2.2.2017 | | | Geb.Datum: | |
| Name, Vorname: | | | | Bereich / Abteilung: | |
| Betreuung: | | | | Pflegestufe: | |
| Derzeitige Situation: | Rehab. ist selbständig - Unterstützung beim Waschen und Anziehen; Urinkontinent - Vorlagen; meldet sich ab und zu, wenn sie auf Toilette muss; Schmerzen sind bekannt -Basismedikation und Bedarfsmedikation; Isst selbstständig und ausreichend - BMI ausreichend; Handkraft verringert; | | | | |
| Medizinische Diagnosen: | Zustand nach Beckenringfraktur, Sarkopenie - Fraily (Gebrechlichkeitssyndrom); wird zum Essen zum Speisesaal begleitet und bekommt die Speise angereicht - isst dann selbstständig. Kognition eingeschränkt (MMST 16). Unterfunktion der Schilddrüse. | | | | |
| Aktueller Zustand / Umfeld: | | | | | |
| Haare: | iO | Ohren: | iO | Augen: | iO |
| Lippen: | iO | Zähne: | | Zahnfleisch: | |
| Zunge: | | Achseln: | | Ellenbogen: | |
| Finger / Fingernägel | iO | Schulterblätter: | | Brust: | |
| Bauchnabel: | | Hüften: | | Gluteal / Sakral | iO |
| Analgegend: | | Leistenbereich: | | Intimbereich: | |
| Fuß/Ferse/Fußnägel: | | Zehenzwischenräume: | | Hautzustand: | iO |
| Ernährungszustand: | iO | PEG/Sondennahrung: | | ggf. Ödeme: | |
| Wunden: | t.n.z. | Orientierung: | Eingeschränkt. | Schmerzen: | Keine Äußerung auf Nachfrage. |
| DK: | t.n.z. | IKM: | Geschlossene Hilfsmittel. | | |
| Atmosphäre: | Wohnlich. | Bett (auch: höhenverstellbar) | iO | Wandschmuck/Bilder | Standard. |
| Sauberkeit Zimmer / Nachtsiche / Hilfsmittel | Sehr sauber. | Gerüche: | Keine. | Kleidung: | Persönlich. |
| Nasszelle / WC: | Sehr sauber. | Mobiliar: | Standard. | | |
| Zufriedenheit: | | | | | |
| Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung): | Die Rehabilitandin kann hierzu keine Auskunft geben. | | Essen: | | |
| Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung): | | | Pflegerische Versorgung: | | |
| Medizinische Versorgung: | | | Therapeutische Anwendungen: | | |
| Sollte etwas verbessert werden? | | | Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner: | | |
| Bewertung: | | | | | |
| Sollte etwas verbessert werden? | | | | | |
| Gesamteindruck / Bewertung: | Die Rehabilitandin wird ihrem Bedarf entsprechend versorgt und erscheint gut gepflegt. | | + / - | | |

4.2.2 Rehabilitand 2

| | | | | | |
|---|--|-------------------------------|---|------------------------|---------------|
| Datum: | 2.2.2017 | | Geb.Datum: | | |
| Name, Vorname: | | | Bereich / Abteilung: | | |
| Betreuung: | | | Pflegestufe: | | |
| Derzeitige Situation: | Ansprechbar, kooperativ und freundlich; "weiß", was sie will; selbstständig, lebt mit ihrem Sohn zusammen; kein Pflegegrad; selbstständiger Transfer möglich; geht selbstständig mittels Rollator; Fußheberschiene, Kniestabilisator; isst selbstständig, kann sich selbst duschen; einmal gestürzt; | | | | |
| Medizinische Diagnosen: | Zustand nach Thalamusinfarkt, leichte Parese re., chron. Polyarthritis - akuter Schub linker Zeigefinger; Schlafapnoe, Bluthochdruck; | | | | |
| Aktueller Zustand / Umfeld: | | | | | |
| Haare: | iO | Ohren: | iO | Augen: | iO |
| Lippen: | iO | Zähne: | | Zahnfleisch: | |
| Zunge: | iO | Achseln: | | Ellenbogen: | |
| Finger / Fingernägel | iO | Schulterblätter: | | Brust: | |
| Bauchnabel: | | Hüften: | | Gluteal / Sakral | |
| Analgegend: | | Leistenbereich: | | Intimbereich: | |
| Fuß/Ferse/Fußnägel: | | Zehenzwischenräume: | | Hautzustand: | |
| Ernährungszustand: | iO | PEG/Sondennahrung: | | ggf. Ödeme: | |
| Wunden: | | Orientierung: | Orientiert. | Schmerzen: | Keine Angabe. |
| DK: | | IKM: | t.n.z. | | |
| Atmosphäre: | Wohnlich. | Bett (auch: höhenverstellbar) | iO | Wandschmuck/Bilder | Standard. |
| Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel | Sehr sauber. | Gerüche: | Keine. | Kleidung: | Persönlich. |
| Nasszelle / WC: | Sehr sauber. | Möbiliar: | Standard. | | |
| Zufriedenheit: | | | | | |
| Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung): | | Essen: | Das Essen ist in der Cafeteria nicht immer warm - ich habe nie eine heiße Suppe dort bekommen. | | |
| Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des): | | Pflegerische Versorgung: | Das Personal wird in seiner Fachlichkeit wahrgenommen - ich bin sehr zufrieden mit dem Pflegepersonal | | |
| Medizinische Versorgung: | Ich fühle mich gut informiert - der Arzt war aber nicht jeden Tag bei mir. | | Therapeutische Anwendungen: | Sehr zufrieden. | |
| Sollte etwas verbessert werden? | Es muss eine Nasszelle für jedes Zimmer zur Verfügung stehen, meint die Rehabilitandin - die, die außerhalb des Zimmers ist, kam der Rehabilitandin als "Verschlag" vor. Der Anspruch ist hoch, meint sie, "... vielleicht, weil ich privat bin". | | Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner: | Zugewandt, angemessen. | |
| Bewertung: | | | | | |
| Sollte etwas verbessert werden? | | | | | |
| Gesamteindruck / Bewertung: | Die Rehabilitandin wird pflegerisch, medizinisch und therapeutisch angemessen versorgt. Ihr Anspruch an die Struktur (Räumlichkeiten) ist sehr hoch. | | + / - | | |

4.2.3 Rehabilitand 3

| | | | | | |
|---|---|-------------------------------|--|---|-----------------------------|
| Datum: | 2.2.2017 | | | Geb.Datum: | |
| Name, Vorname: | | | | Bereich / Abteilung: | |
| Betreuung: | | | | Pflegestufe: | |
| Derzeitige Situation: | Wohnt alleine, erste Etage - sieben Stufen; Angehörige betreuen sich gegenseitig; orientiert, ansprechbar, wach (MMST 27 Punkte)- kooperativ; Unterstützung beim Anziehen und Transfer vom Bett; Luxationsprophylaxe; läuft mit dem Rollator selbstständig durch die Einrichtung - kann zur Zeit 18 Stufen gehen. | | | | |
| Medizinische Diagnosen: | Zustand nach Ileus mit Resektion und Einblutung; Zustand nach Reanimation, Anlage Hüft-TEP rechts; | | | | |
| Aktueller Zustand / Umfeld: | | | | | |
| Haare: | iO | Ohren: | iO | Augen: | iO |
| Lippen: | iO | Zähne: | | Zahnfleisch: | |
| Zunge: | | Achseln: | | Ellenbogen: | |
| Finger / Fingernägel | | Schulterblätter: | | Brust: | |
| Bauchnabel: | | Hüften: | | Gluteal / Sakral | |
| Analgegend: | | Leistenbereich: | | Intimbereich: | |
| Fuß/Ferse/Fußnägel: | | Zehenzwischenräume: | | Hautzustand: | |
| Ernährungszustand: | | PEG/Sondennahrung: | | ggf. Ödeme: | |
| Wunden: | | Orientierung: | Vollständig orientiert. | Schmerzen: | Keine Angabe von Schmerzen. |
| DK: | | IKM: | | | |
| Atmosphäre: | Wohnlich. | Bett (auch: höhenverstellbar) | iO | Wandschmuck/Bilder | Standard. |
| Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel | Sehr sauber. | Gerüche: | Keine. | Kleidung: | Persönlich. |
| Nasszelle / WC: | Sehr sauber. | Möbiliar: | Standard. | | |
| Zufriedenheit: | | | | | |
| Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung): | Kein Interesse. | | Essen: | Ich habe keinen großen Appetit / keinen Bezug zum Essen. | |
| Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung): | Kein Interesse. | | Pflegerische Versorgung: | Die Mitarbeiter sind alle sehr nett und ich fühle mich gut behandelt. | |
| Medizinische Versorgung: | Ich fühle mich gut informiert. | | Therapeutische Anwendungen: | Sehr gut. | |
| Sollte etwas verbessert werden? | Mir fällt nichts ein. | | Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner: | Angemessen, zugewandt. | |
| Bewertung: | | | | | |
| Sollte etwas verbessert werden? | | | | | |
| Gesamteindruck / Bewertung: | Die Rehabilitandin wird ihrem Bedarf entsprechend versorgt. Sie ist mit den Umständen zufrieden, ihr geht der Fortschritt jedoch zu langsam (zwei Operationen in kurzer Abfolge mit Reanimation). | | + / - | | |

4.2.4 Rehabilitand 4

| | | | |
|---|---|--|---|
| Datum: | 2.2.2017 | Geb.Datum: | |
| Name, Vorname: | | Bereich / Abteilung: | |
| Betreuung: | | Pflegestufe: | 2 |
| Derzeitige Situation: | Wohnt beim Sohn im Haus; wird durch diesen unterstützt und hat 15 Stufen zu bewältigen; orientiert (MMST 23) - leichte Demenz (Stadium 2), benötigt aber bei allen Abläufen Anleitung; DK - seit Jahren; kontinent; isst selbständig, wenn alles auf dem Tisch gerichtet wird; ohne Begleitung und Aufforderung wird sie nicht aktiv und verhält sich passiv; | | |
| Medizinische Diagnosen: | Zustand nach Sturz mit petrochantärer Fraktur; Kurzzeitpflege - rollstuhlgebunden bei Aufnahme und gewöhnt an die Vollpflege aus dem Seniorenzentrum; "Entwöhnung" vom Rollstuhl - kann inzwischen bis zu 70 Meter mit Hilfe des Rollators gehen; | | |
| Aktueller Zustand / Umfeld: | | | |
| Haare: | | Ohren: | |
| Lippen: | | Zähne: | |
| Zunge: | | Achseln: | |
| Finger / Fingernägel | | Schulterblätter: | |
| Bauchnabel: | | Hüften: | |
| Analgegend: | | Leistenbereich: | |
| Fuß/Ferse/Fußnägel: | | Zehenzwischenräume: | |
| Ernährungszustand: | | PEG/Sondennahrung: | |
| Wunden: | | Orientierung: | |
| DK: | | IKM: | |
| Atmosphäre: | Wohnlich. | Bett (auch: höhenverstellbar) | iO |
| Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel | Sehr sauber. | Gerüche: | Keine. |
| Nasszelle / WC: | Sehr sauber. | Mobiliar: | Standard. |
| Zufriedenheit: | | | |
| Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung): | | Essen: | Das Essen ist gut. |
| Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung): | Kein Interesse. | Pflegerische Versorgung: | Die Mitarbeiter sind alle sehr nett und ich fühle mich gut behandelt. |
| Medizinische Versorgung: | Ich fühle mich gut informiert. | Therapeutische Anwendungen: | Sehr gut. |
| Sollte etwas verbessert werden? | Keine Verbesserungsvorschläge. | Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner: | Angemessen, zugewandt. |
| Bewertung: | | | |
| Sollte etwas verbessert werden? | | | |
| Gesamteindruck / Bewertung: | Die Rehabilitandin muss aktiviert werden, um ihre Selbstständigkeit zu erhalten, ist hiermit aber nicht immer einverstanden. Im Gespräch äußert sie dies nicht direkt, weist aber darauf hin, dass zu Hause der Sohn und die Schwiegertochter alles tun, was sie möchte. Die Rehabilitandin wird ihrem Bedarf entsprechend versorgt. | | |

4.2.5 Rehabilitand 5

| | | | | | |
|---|---|-------------------------------|--|---|---|
| Datum: | 02.02.2017 | | Geb.Datum: | | |
| Name, Vorname: | | | Bereich / Abteilung: | | |
| Betreuung: | Patienten lebt in einer Seniorenwohnanlage und erhält Unterstützung durch einen Pflegedienst | | Pflegestufe: Grad | 3 | |
| Derzeitige Situation: | Pat. ist sturzgefährdet, benötigt Unterstützung bei der Körperpflege, Insulinpflichtiger Diabetes Typ 2, Unterstützung bei der Mobilisation, Hilfe beim Anziehen, Übernahme / Anlage der Kompressionsstrümpfe, O2 Gabe bei Bedarf | | | | |
| Medizinische Diagnosen: | kardiale dekompensierte Bronchitis, Katheterassoziierte Harnwegsinfektion, Diabetes mell. Typ 2, Gonarthrose, Z.n. Humerusfraktur | | | | |
| Aktueller Zustand / Umfeld: | | | | | |
| Haare: | iO | Ohren: | | Augen: | iO |
| Lippen: | iO | Zähne: | | Zahnfleisch: | |
| Zunge: | iO | Achseln: | | Ellenbogen: | |
| Finger / Fingernägel | iO | Schulterblätter: | | Brust: | |
| Bauchnabel: | | Hüften: | | Gluteal / Sakral | |
| Analgegend: | | Leistenbereich: | | Intimbereich: | |
| Fuß/Ferse/Fußnägel: | | Zehenzwischenräume: | | Hautzustand: | |
| Ernährungszustand: | | PEG/Sondennahrung: | | ggf. Ödeme: | |
| Wunden: | | Orientierung: | | Schmerzen: | |
| DK: | | IKM: | | | |
| Atmosphäre: | Wohnlich. | Bett (auch: höhenverstellbar) | Sehr sauber. | Wandschmuck/Bilder | In jedem Zimmer hängen Bilder, die an die unterschiedlichen Farbmerkmale der Zimmer |
| Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel | Sehr sauber. | Gerüche: | Keine. | Kleidung: | Persönliche Kleidung. |
| Nasszelle / WC: | Sehr sauber. | Möbiliar: | Standard - jedoch neu und ansehnlich. | | |
| Zufriedenheit: | | | | | |
| Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung): | t.n.z. | | Essen: | Das Essen schmeckt sehr gut. | |
| Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung): | Andachten mache ich mit. | | Pflegerische Versorgung: | Die Mitarbeiter sind freundlich - ich fühle mich gut betreut. | |
| Medizinische Versorgung: | Mein Arzt informiert mich immer. | | Therapeutische Anwendungen: | Die Therapeuten sind alle sehr nett und gut. | |
| Sollte etwas verbessert werden? | | | Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner: | Angemessen, zugewandt. | |
| Bewertung: | | | | | |
| Sollte etwas verbessert werden? | | | | | |
| Gesamteindruck / Bewertung: | Die Rehabilitandin wird sehr gut versorgt und äußert sich zufrieden mit Ihrer Betreuung. | | + / - | | |

4.2.6 Rehabilitand 6

| | | | | | |
|---|--|--|--|--------------------|---|
| Datum: | 02.02.2017 | | Geb.Datum: | | |
| Name, Vorname: | | | Bereich / Abteilung: | | |
| Betreuung: | | | Pflegestufe: | | |
| Derzeitige Situation: | lebt zu Hause alleine, Versorgung durch Sohn, Hilfe bei der Körperpflege, Übernahme / Anlage der Kompensationsstrüpe, Mobilisation mit Rollator möglich | | | | |
| Medizinische Diagnosen: | Z.n. Sturz, SH-Fraktur re. Versorgung mit einer Duokopfprothese re., wiederholt gestürzt im KH, SH-Fraktur li., operative Versorgung mit Duokopfprothese li. | | | | |
| Aktueller Zustand / Umfeld: | | | | | |
| Haare: | iO | Ohren: | | Augen: | iO |
| Lippen: | iO | Zähne: | | Zahnfleisch: | |
| Zunge: | | Achseln: | | Ellenbogen: | |
| Finger / Fingernägel | iO | Schulterblätter: | | Brust: | |
| Bauchnabel: | | Hüften: | | Gluteal / Sakral | |
| Analgegend: | | Leistenbereich: | | Intimbereich: | |
| Fuß/Ferse/Fußnägel: | | Zehenzwischenräume: | | Hautzustand: | |
| Ernährungszustand: | iO | PEG/Sondennahrung: | | ggf. Ödeme: | |
| Wunden: | | Orientierung: | | Schmerzen: | |
| DK: | | IKM: | | | |
| Atmosphäre: | Wohnlich. | Bett (auch: höhenverstellbar) | Sehr sauber. | Wandschmuck/Bilder | In jedem Zimmer hängen Bilder, die an die unterschiedlichen Farbmerkmale der Zimmer |
| Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel | Sehr sauber. | Gerüche: | Keine. | Kleidung: | Persönliche Kleidung. |
| Nasszelle / WC: | Sehr sauber. | Möbiliar: | Standard - jedoch neu und ansehnlich. | | |
| Zufriedenheit: | | | | | |
| Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung): | | Essen: | Das Essen schmeckt mir ganz gut. | | |
| Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung): | Nehme ich teil. | Pflegerische Versorgung: | Die Krankenschwestern sind alle sehr gut. | | |
| Medizinische Versorgung: | Sehr gut. | Therapeutische Anwendungen: | Ja, das Programm ist anstrengend, aber ich werde sehr gut betreut. | | |
| Sollte etwas verbessert werden? | | Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner: | Angemessen, zugewandt. | | |
| Bewertung: | | | | | |
| Sollte etwas verbessert werden? | | | | | |
| Gesamteindruck / Bewertung: | Die Rehabilitandin ist sehr zufrieden mit Ihrer Versorgung und wird aus Sicht der Auditoren sehr gut betreut. | | + / - | | |

4.2.7 Rehabilitand 7

| | | | | | |
|---|---|-------------------------------|--|--|---|
| Datum: | 02.02.2017 | | | Geb.Datum: | |
| Name, Vorname: | | | | Bereich / Abteilung: | |
| Betreuung: | | | | Pflegestufe: | |
| Derzeitige Situation: | lebt zu Hause, Pat. ist mobil mit Rollator, benötigt Hilfe beim Waschen und ankleiden | | | | |
| Medizinische Diagnosen: | LE re. Phlebothrombose, Duodenalstenose, pAVK 3 li | | | | |
| Aktueller Zustand / Umfeld: | | | | | |
| Haare: | iO | Ohren: | | Augen: | iO |
| Lippen: | iO | Zähne: | | Zahnfleisch: | |
| Zunge: | | Achseln: | | Ellenbogen: | |
| Finger / Fingernägel | iO | Schulterblätter: | | Brust: | |
| Bauchnabel: | | Hüften: | | Gluteal / Sakral | |
| Anaigegend: | | Leistenbereich: | | Intimbereich: | |
| Fuß/Ferse/Fußnägel: | | Zehenzwischenräume: | | Hautzustand: | |
| Ernährungszustand: | | PEG/Sondennahrung: | | ggf. Ödeme: | |
| Wunden: | | Orientierung: | | Schmerzen: | |
| DK: | | IKM: | | | |
| Atmosphäre: | Wohnlich. | Bett (auch: höhenverstellbar) | Sehr sauber. | Wandschmuck/Bilder | In jedem Zimmer hängen Bilder, die an die unterschiedlichen Farbmerkmale der Zimmer |
| Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel | Sehr sauber. | Gerüche: | Keine. | Kleidung: | Persönliche Kleidung. |
| Nasszelle / WC: | Sehr sauber. | Mobiliar: | Standard - jedoch neu und ansehnlich. | | |
| Zufriedenheit: | | | | | |
| Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung): | t.n.z. | | Essen: | Das Essen ist abwechslungsreich. Schmeckt gut. | |
| Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung): | Nehme ich gerne teil. | | Pflegerische Versorgung: | Die sind alle ganz nett hier und können was. | |
| Medizinische Versorgung: | Ich fühle mich gut betreut. | | Therapeutische Anwendungen: | Sehr gut. | |
| Sollte etwas verbessert werden? | | | Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner: | Angemessen, zugewandt. | |
| Bewertung: | | | | | |
| Sollte etwas verbessert werden? | | | | | |
| Gesamteindruck / Bewertung: | Die Rehabilitandin wird sehr gut versorgt und fühlt sich gut betreut. | | + / - | | |

4.2.8 Rehabilitand 8

| | | | | | |
|---|--|-------------------------------|--|------------------------|---|
| Datum: | 02.02.2017 | | Geb.Datum: | | |
| Name, Vorname: | | | Bereich / Abteilung: | | |
| Betreuung: | | | Pflegestufe: | | |
| Derzeitige Situation: | Pat. Benötigt Hilfe beim An- und Ausziehen, Unterstützung bei der Grundpflege, Unterstützung bei der Mobilisation, Pat. ist sturzgefährdet | | | | |
| Medizinische Diagnosen: | | | | | |
| Aktueller Zustand / Umfeld: | | | | | |
| Haare: | iO | Ohren: | | Augen: | iO |
| Lippen: | iO | Zähne: | | Zahnfleisch: | |
| Zunge: | iO | Achseln: | | Ellenbogen: | |
| Finger / Fingernägel | iO | Schulterblätter: | | Brust: | |
| Bauchnabel: | | Hüften: | | Gluteal / Sakral | |
| Anaigegend: | | Leistenbereich: | | Intimbereich: | |
| Fuß/Ferse/Fußnägel: | | Zehenzwischenräume: | | Hautzustand: | |
| Ernährungszustand: | | PEG/Sondennahrung: | | ggf. Ödeme: | |
| Wunden: | | Orientierung: | | Schmerzen: | |
| DK: | | IKM: | | | |
| Atmosphäre: | Wohnlich. | Bett (auch: höhenverstellbar) | Sehr sauber. | Wandschmuck/Bilder | In jedem Zimmer hängen Bilder, die an die unterschiedlichen Farbmerkmale der Zimmer |
| Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel | Sehr sauber. | Gerüche: | Keine. | Kleidung: | Persönliche Kleidung. |
| Nasszelle / WC: | Sehr sauber. | Mobiliar: | Standard - jedoch neu und ansehnlich. | | |
| Zufriedenheit: | | | | | |
| Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung): | t.n.z. | | Essen: | Schmeckt. | |
| Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung): | Gut, nehme ich gerne teil. | | Pflegerische Versorgung: | Gut. | |
| Medizinische Versorgung: | Die Namen kenn ich nicht, aber die Ärzte sind sehr gut hier. | | Therapeutische Anwendungen: | Sehr gut. | |
| Sollte etwas verbessert werden? | | | Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner: | Angemessen, zugewandt. | |
| Bewertung: | | | | | |
| Sollte etwas verbessert werden? | | | | | |
| Gesamteindruck / Bewertung: | Die Rehabilitandin ist sehr zufrieden mit ihrer Versorgung und Betreuung. | | + / - | | |

4.3 Überprüfung der Dokumentation

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

| | Stammblatt | Anamnese / Biografiearbeit* | Pflegeplanung | Pflegeplanung innerhalb der vorgegebenen Frist erstellt?* | Pflegebericht | Leistungsnachweis / -dokumentation* | Dekubitusrisikoskala /-einschätzung* | Lagerungsprotokoll* | Betreuungsplanung und -nachweis | Wundprotokoll / -dokumentation* | Ernährungs- / Trinkprotokoll* | Sturzrisiko* | Förderung der Harnkontinenz* | Vitalzeichenkontrollblatt | Ärztliches Verordnungsblatt / Visitenprotokoll | Schmerzdokumentation | Medikamentenplan | Therapiedokumentation / Aktivierungsbogen | Seelsorge (Durchführungsnachweis / Dokumentation)* | Spirituelle Bedürfnisse des BW / Pat. dokumentiert (Anamnese)* | Überleitungsbogen | Leerstelle (zusätzliche Formulare KH / RK) | Ärztliches Verlaufsblatt | Therapeutisches Verlaufsblatt | Befunddokumentation | Vollständigkeit* / Anwendung* | Bewertung der Vollständigkeit und Schriftführung in Schulnoten | |
|----|--|-----------------------------|---------------|---|---------------|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|--------------|------------------------------|---------------------------|--|----------------------|------------------|---|--|--|-------------------|--|--------------------------|-------------------------------|---------------------|-------------------------------|--|-----|
| 1. | 2 | 2 | 2 | | 2 | | | | | | | | | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | | 2 | | | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1,0 |
| | <p>Zustand bei Aufnahme (seit 16.1.2017): Soz.Dienst: Erstkontakt - zwischen den Sozialdiensten des Einweisers und der RK. Stammdatenaufnahme in den "Belegmanager" - Kostenzusage: Prüfung, ob diese vorliegt. Grün hinterlegt werden alle Anmeldungen, bei denen die Kostenzusage vorhanden ist. Einen Tag vor der Aufnahme bereitet der Sozialdienst die Akte vor. Der Arztdienst und die Station werden einen Tag vorher informiert. Am Tag der Aufnahme informiert der Sozialdienst alle Beteiligten über die Aufnahme. Eingabe des Rehabilitanden in SAP durch den Sozialdienst. Am Tag vor der Aufnahme bereitet der Pflegedienst (Spätdienst) die Kadex vor. Die Ärzte nehmen das nächste Assessment vor und legen Ziele für die Reha fest. Hieraus ergeben sich die Anordnungen für die Therapeuten. Standardpakete werden schon am Tag der Aufnahme eingeplant. Im vorliegenden Fall: Ergo- und Physiotherapie, Armpaket und Neuro-Paket. Die Physiotherapeutin: geht entweder zur Rehab. oder diese kommt in die Physiotherapie. Zustand wird dokumentiert - bei Aufnahme, bei Entlassung. Ergotherapie: Uhrentest nach Schulmann. Bei den wöchentlichen Therapiebesprechungen werden die Einzelbefundungen aufgerufen und im Kadex auf dem Therapieverlaufsbogen. Die Berichte können alle Beteiligten aufrufen und lesen. Der Sozialdienst erstellt am ersten Tag nach der Aufnahme die Sozialanamnese (Pflegegrad, Vollmachten, seelsorgerliche Bedürfnisse --> Therapiebelegplan): Pflegedienst ist bestellt, Angehörige versorgen die Mutter nach der Entlassung. Hier gibt es auch eine Schnittstelle zur Tagespflege der Einrichtung. Der Sozialdienst bietet an, dass sich die Entlassenen bei Schwierigkeiten melden können. Der Unfallbericht aufgrund des Sturzes ist für alle Beteiligten deutlich sichtbar in der MCC-Maske. Pflegeüberleitungen werden kurz vor der Entlassung geschrieben, wenn Rehabilitandinnen in einzelnen ATL Unterstützung benötigen. Wunddokumentationen werden papiergestützt erstellt., weil die Daten am "Bett" sonst nicht aufrufbar ist (noch kein WLAN und keine Pads).</p> <p>Bewertung: Alle Berufsgruppen können die Berichte und Assessments der jeweils anderen aufrufen und lesen. Alle Beteiligten und Befragten haben ihr Vorgehen sehr gut dargestellt.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1,5 | | |
| 2. | 2 | 2 | 2 | | 2 | | | | | | | | | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | | 2 | | | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1,0 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1,5 | | |

| | | | | |
|----|--|--|-----|-----|
| 3. | 2 | Stammblatt | | |
| | 2 | Anamnese / Biografiearbeit* | | |
| | 2 | Pflegeplanung | | |
| | | Pflegeplanung innerhalb der vorgegebenen Frist erstellt?* | | |
| | 2 | Pflegebericht | | |
| | | Leistungsnachweis / -dokumentation* | | |
| | | Dekubitusrisikoskala /-einschätzung* | | |
| | | Lagerungsprotokoll* | | |
| | | Betreuungsplanung und -nachweis | | |
| | | Wundprotokoll / -dokumentation* | | |
| | | Ernährungs- / Trinkprotokoll* | | |
| | | Sturzrisiko* | | |
| | | Förderung der Harnkontinenz* | | |
| | 2 | Vitalzeichenkontrollblatt | | |
| | 2 | Ärztliches Verordnungsblatt / Visitenprotokoll | | |
| | 2 | Schmerzdokumentation | | |
| | 2 | Medikamentenplan | | |
| | 2 | Therapiedokumentation / Aktivierungsbogen | | |
| | | Seelsorge (Durchführungsnachweis / Dokumentation)* | | |
| | 2 | Spirituelle Bedürfnisse des BW / Pat. dokumentiert (Anamnese)* | | |
| | 2 | Überleitungsbogen | | |
| | | Leerstelle (zusätzliche Formulare KH / RK) | | |
| | 2 | Ärztliches Verlaufsblatt | | |
| | 2 | Therapeutisches Verlaufsblatt | | |
| | 2 | Befunddokumentation | | |
| | 2 | Vollständigkeit* / Anwendung* | | |
| | | Bewertung der Vollständigkeit und Schriftführung in Schulnoten | | |
| | | | 1,0 | |
| | <p>Zustand bei Aufnahme (seit Januar 2017): Ist bereits das dritte Mal in der Einrichtung - Pflegegrad 3. Anmeldung aus dem KH-Singen. Übermittlung der Informationsmappe durch den Sozialdienst. Erinnerung an die Befunde aus dem KH, um die Aufnahme zu gestalten und Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Die Kostenübernahme liegt vor (grün hinterlegtes Feld im Excel-Tool). Die Ärztin überprüft die Daten, um ggf. schon im Vorfeld Maßnahmen - hier: VRE im Darm (Darmkeim) - festzulegen: Toilettenstuhl am Bett. Pflegedienst: Aufnahmeassessment am Tag der Aufnahme: Vitalwerte, Gewicht, BMI, Risiken erhoben (Ernährung, Schluckstörungen, Inkontinenz, Schmerzen, Flüssigkeitsbilanz am Tag danach, Barthel). Die Pflegeplanung nimmt den O2-Bedarf bei Belastung auf. Das Unfallprotokoll vom Sturz liegt vor - im Kadex befindet sich ein Stempel in der Vitalkurve. Alle weitere Assessments (ärztliche, therapeutische) liegen ebenso vor und sind aussagekräftig. Zunächst werden diese papiergestützt erhoben und in den PC ins Programm übertragen. Nach der ärztlichen Anamnese wird das Deckblatt erstellt - hier sind Störungen und Diagnosen verzeichnet. Aus dem Deckblatt heraus - Grundlage der ärztlichen Frühbesprechung - werden die Therapieanordnungen abgeleitet und der Disponentin (Therapieplanung) zugeleitet.</p> <p>Bewertung: Der Dokumentenverlauf folgt dem Behandlungsverlauf. Die Dokumentation ist in allen erfragten Punkte vollständig.</p> | | | 1,0 |

5 Zusammenfassung

Die Revision fand in einer sehr angenehmen und kollegialen Atmosphäre statt. Alle befragten Mitarbeiter waren kompetent und trugen zu dem sehr guten Endergebnis bei.

In den ersten beiden Kategorien (siehe Gesamtübersicht unten) erzielte die Einrichtung sehr gute Bewertungen. Die Einrichtung ist sauber und gepflegt und viele gesehene, wohnlich eingerichtete Sitzecken vermitteln eine wohnliche und behagliche Atmosphäre.

Die renovierten Rehabilitandenzimmer, alle Fußböden, die Stationen, die Cafeteria und Gemeinschaftsbereiche zeigen frische Farben. Abnutzungsspuren sind kaum zu entdecken. Alle Wände sind frisch gestrichen, Flure angenehm beleuchtet, der Ausblick von der Cafeteria in den Garten sehr schön **(siehe Kapitel 4.1)**.

Das diakonische Profil wird umgesetzt und gelebt, es gibt nur wenige kleinere Verbesserungspotentiale, wie der fehlende Aushang der – auch: anonymen – Beratungsangebote für betroffene Mitarbeiter in den Dienstzimmern oder die fehlende Liste der Pastoren und Pfarrer für Rehabilitanden und deren Angehörige in der Informationsmappe.

Das Qualitätsmanagementhandbuch ist sehr gut strukturiert, die elektronischen Dateien der Verfahrensanweisungen (VA) und mitgeltenden Dokumente (MD) sind nach Themen und Berufsgruppen geordnet. Alle VA sind kurz und informativ gehalten und die Inhalte nach den Kategorien Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien geordnet.

Die Zuordnung der einzelnen Aspekte gelingt nicht durchgehend und teilweise fehlen Inhalte aus dem KTQ-Manual, die ergänzt werden müssen **(siehe Kapitel 3)**.

Das Management kann gute Beispiele der Wirksamkeitsüberprüfung von Prozessen schildern. So werden Notfälle (Brandschutz) simuliert oder mittels Audits die Hygiene oder bei Kurvenvisiten die Dokumentationsqualität geprüft. Bei Auffälligkeiten reagiert das Management in den gesehenen Fällen folgerichtig und konsequent. Ein zentraler Maßnahmenplan weist alle Tätigkeiten aus, die auf die sogenannten „Check-Schritte“ folgen.

An allen gesehenen Desinfektionsspendern waren die Anbruchsdaten verzeichnet. Unangenehme Gerüche waren nicht feststellbar **(siehe Kapitel 4.1. und 4.2)**.

Die im Rahmen der Zufallsstichprobe ausgewählten und befragten Rehabilitanden waren bis auf zwei Ausnahmen zufrieden mit ihrer Versorgung und erhielten die Betreuung, die sie auch aus fachlicher Perspektive benötigten. Das Therapieangebot ist vielfältig und wird von den Befragten gerne wahrgenommen.

Die oben erwähnte Unzufriedenheit bezog sich bei zwei Rehabilitanden auf die tägliche ärztliche Visite, die diese aus ihrer Akutversorgung her kannten.

Die ärztlichen Visiten in der geriatrischen Reha-Klinik erfolgen jedoch – abgesehen von regelmäßigen wöchentlichen Chefarztvisiten - je nach Zustand und Behandlungsverlauf. Im Ausgang in den Rehabilitandenzimmern wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Ärzte nicht täglich erscheinen sondern dies von den Behandlungsverläufen abhängig ist. Im Hintergrund – bei den Frühbesprechungen und bei den wöchentlichen Therapiekonferenzen sowie bei akuten Veränderungen, werden die Verläufe der Rehabilitanden vom gesamten Behandlungsteam stets im Blick behalten (**siehe Kapitel 4.2**).

In der Reha-Klinik hat es das Management geschafft, alle Berufsgruppen im elektronischen Dokumentationsprogramm MCC-Shiva zusammenzuführen: Die Mitarbeitenden der Pflege, der Therapien, des Sozialdienstes und der Ärzte hinterlegen ihre Assessments digital, nachdem die Daten papiergestützt erhoben wurden.

Dieser Zwischenschritt ist noch notwendig, solange die Ausstattung mit WLAN und entsprechender Hardware nicht erfolgt ist. Hieran hat die Einrichtung großes Interesse, um auch diesen Schritt künftig einzusparen.

Darüber hinaus muss auch das Dokumentationsprogramm – hier die Funktionen der Therapieplanung und Bettendisposition – noch zeigen, dass es den Ansprüchen der Reha-Klinik gewachsen ist. Es gibt auf diesem Weg aus Sicht der Einrichtung jedoch noch einige Verbesserungspotentiale, die in den nächsten Wochen und Monaten behoben werden müssen.

Gerade bezüglich der kritischen Situationen – hier: Sturz, Dekubitus, Schmerz, Inkontinenz, Ernährung – konnten den papiergestützten Akten bzw. den digitalen Daten alle relevanten Informationen entnommen werden. Dabei war das Geschriebene selbsterklärend und beschrieb den Verlauf der Behandlung umfassend, kurz und aussagekräftig (**siehe Kapitel 4.3**).

Die sehr guten Ergebnisse spiegeln sich in folgenden Einzelbenotungen wider:

| UB/AF | Vor-Ort-Prüftermine | Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung (DS: nur Orientierung) | | | Ordnung, Sauberkeit, Hygiene | | | Konzepte und Standards | | | Pflegerisches / ärztliches / therapeutisches Management | | | Ergebnisqualität: (Pflege-)Zustand der BW / Pat. | | | Ergebnisqualität: Dokumentation | | | Durchschnitt (Pflegezustand doppelt gewichtet) | | |
|-------------|---------------------|--|----|----------|------------------------------|----|----------|------------------------|-----|------------|---|-----|----------|--|----|----------|---------------------------------|-----|------------|--|------------|------------|
| | | 15 | 16 | 17 | 15 | 16 | 17 | 15 | 16 | 17 | 15 | 16 | 17 | 15 | 16 | 17 | 15 | 16 | 17 | 15 | 16 | 17 |
| RKTR | 01.02. - 02.02.2017 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 - | 1 - | 1 - | 1 - | 1 - | 1 | 1 | 1 | 1 | 1-2 | 1-2 | 1 - | 1,1 | 1,1 | 1,0 |

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

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

Berlin, 25.08.2017

Andreas Dietel, Henrike Zander

Anhang

Anhang 1 – Interne Revision in Medizin und Pflege, Geriatrische Reha-Klinik

Bethel Trossingen, 01.02. – 02.02.2017 _____ 38

Anhang 1 – Interne Revision in Medizin und Pflege, Geriatrische Reha-Klinik Bethel Trossingen, 01.02. – 02.02.2017

| | |
|----------------------------|---|
| <p>Allgemeines:</p> | <p>Auditoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frau Haase, KHBE - Herr Dietel, 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 nicht in der Patientenakte befindliche Unterlagen ermöglicht werden (z.B. Pflegevisiten, Dokumentation aller Beteiligten).</p> <p>Alle Auditoren werden im Verlauf der Internen Revision Patienten befragen. Die sechs bis zehn Patienten werden am Morgen als Zufallsstichprobe ausgewählt (bspw. mit Risikofaktoren).</p> |
| <p>1. Tag:</p> | <p>Darstellung der Einrichtung anhand der ausgewählten Kriterien des Prüfkataloges / Nachweisdokumente / Dokumentationsvisiten</p> <p>9.00 – 9.05 Uhr Auswahl der Stichprobe aus der Gesamtanzahl der Bewohner (→ Einverständniserklärungen)</p> <p>9.05 – 9.20 Uhr Einführung in die Einrichtung - Aktuelles Gesprächspartner: HG / GF PDL / Med. GF / QMB sowie ggf. weitere Gesprächspartner, die die Einrichtung auswählt. Bitte tragen Sie die Namen der Mitarbeiter und deren Funktion ein, ergänzen ggf. Personen, die Sie gerne bei einem Thema einschließen möchten und geben Sie uns den Plan zum Morgen des ersten Tages zurück bzw. übersenden die Datei an Herrn Dietel.</p> <p>9.20 – 10.00 Uhr Managementbewertung – Prägnante Ergebnisse 2016, Planungen 2017 Gesprächspartner: HG / GF PDL / Med. GF / QMB sowie ggf. weitere Mitarbeiter.</p> <p>10.05 – 11.00 Uhr Schwerpunktthemen 2016 / 2017⁵ – Diakonisches Profil - Begehung der Einrichtung zum Diakonischen Profil und anschließendes Gespräch Unterlagen / Medien: QM-Handbuch im Intranet, Flyer, Protokolle etc. Schwerpunkte: Allgemeines, Kooperationen mit Gemeinden, (anonymes) Beratungsangebot für Patienten, Angehörige und Mitarbeiter, Fortbildungsprogramm, Sonstige Angebote für Patienten, Angehörige und Mitarbeiter etc. Gesprächspartner: HG, Med. GF, GF PDL, QMB, ggf. weitere Gesprächspartner.</p> <p>11.05 – 12.30 Uhr Sicherheit Unterlagen / Medien: MCC, Intranet, Protokolle / papiergestützte Dokumentation. Schwerpunkte: Audits (Fehlermanagement, Wartung- und Kontrolle, Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen, Hygienemanagement, Arbeitsschutz: Plan, Durchführung, Ergebnisse, Maßnahmendurchführung, Erfolgskontrolle)</p> |

⁵ Vgl. Qualitätsmanagementbericht des DwB in der aktuellen Form

| | |
|----------------------|---|
| | <p>Gesprächspartner: HG, Med. GF, GF PDL, QMB, Sicherheitsbeauftragte / Hygienebeauftragte</p> <p>12.30 – 13.15 Uhr Mittagspause</p> <p>13.20 – 14.20 Uhr Risikomanagement Unterlagen / Medien: Intranet, Risikoerfassung im Vorfeld der Aufnahme / Aufnahme – Expertenstandards, medizinische Leitlinien, Visiten, externe und interne Qualitätssicherung. Schwerpunkte: Risikoerfassung, Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen, Umgang mit Daten, Maßnahmen, Ergebnissen. Gesprächspartner: HG, Med. GF, GF PDL, QMB, und ggf. weitere Gesprächspartner.</p> <p>14.25 – 16.00 Uhr Begehung der Einrichtung – Stationen, Räumlichkeiten, Therapie Schwerpunkte: Hygiene, Sicherheit, Umsetzung von Richtlinien, Aushänge, Medikamentenmanagement, Brandschutz etc. Gesprächspartner: Mitarbeiter vor Ort.</p> <p>16.15 – 16.45 Uhr Auditorenzeit: Abstimmung / Durchsicht von Nachweisen, etc.</p> <p>16.50 – 17.00 Uhr Zwischenergebnis Tag 1</p> |
| <p>2. Tag</p> | <p>Inaugenscheinnahme ausgewählter Patienten / Dokumentationsvisite / Nachweisdokumente</p> <p>9.00 – 9.15 Uhr Klärung von Fragen / Ausblick auf den Tag Gesprächspartner: HG, Med. GF, GF PDL, QMB sowie ggf. weitere Gesprächspartner</p> <p>9.20 – 12.00 Uhr Besuch und Inaugenscheinnahme ausgewählter Patienten (→ Einverständniserklärung)</p> <p>12.05 – 12.25 Uhr Auditorenzeit: Abstimmung / Durchsicht von Nachweisen usw.</p> <p>12.30 – 13.15 Uhr Mittagspause</p> <p>13.20 – 14.30 Uhr Fallbesprechung – Vorstellung ausgewählter gesehener Patienten Gesprächspartner: Behandlungsteam der ausgewählten gesehenen Patienten.</p> <p>14.40 – 15.20 Uhr Aufnahme, Entlassung, Archivierung, Ernährungsmanagement Unterlagen / Medien: am jeweiligen Arbeitsplatz: Unterlagen, Protokolle etc. Schwerpunkte: Anmeldung, Vorbereitung, Aktenanlage, Aktenabschluss / Archivierung; Ernährungsmanagement Gesprächspartner: Mitarbeiter des Sekretariats, Diätassistentin, QMB, sowie ggf. weitere Gesprächspartner.</p> <p>15.30 – 16.15 Uhr Auditorenzeit: Abstimmung / Durchsicht von Nachweisen, des Maßnahmenplans mit stichprobenartiger Kontrolle der Umsetzungen der Empfehlungen / Hinweise des letzten Revisionsberichtes / des Zertifizierungsberichtes.</p> |

16.20 – 16.30 Uhr

Abschlussbesprechung mit allen Teilnehmern und Interessierten

A. Dietel, Referat Produkte