

Scheve Management
Geschäftsbereich Produkte

Seniorenzentrum Bethel München:
Interne Revision in Medizin und Pflege
vom 31.05.-01.06.2017

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

Bericht im Auftrag des Gesellschafters

Auditoren:

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	9
3.1	MABNAHMENPLAN	9
3.2	FÜHRUNGSPROZESSE	9
3.2.1	<i>Führung, Politik und Strategie</i>	9
3.2.2	<i>Personal</i>	11
3.2.3	<i>Qualitätsmanagementsystem</i>	15
3.2.4	<i>Sicherheit</i>	17
3.3	KERNPROZESSE.....	18
3.3.1	<i>Pflege</i>	18
3.3.2	<i>Beratung und Betreuung</i>	23
4	BEGUTACHTUNGEN	24
4.1	BEGUTACHTUNGEN VON WOHNBEREICHEN	24
4.1.1	<i>Wohnbereich 1</i>	24
4.1.2	<i>Wohnbereich: „Nymphenburg“ beschützender Bereich</i>	27
4.1.3	<i>Wohnbereich 2 und 3</i>	30
4.2	BEGUTACHTUNGEN VON BEWOHNERN	33
4.2.1	<i>Bewohner 1</i>	33
4.2.2	<i>Bewohner 2</i>	34
4.2.3	<i>Bewohner 3</i>	35
4.2.4	<i>Bewohner 4</i>	36

4.2.5	<i>Bewohner 5</i>	37
4.2.6	<i>Bewohner 6</i>	38
4.3	ÜBERPRÜFUNG DER DOKUMENTATION	39
5	ZUSAMMENFASSUNG	41
	ANHANG	45

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 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	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: 31.05.2017	bis: 01.06.2017
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:		
1. Herr Dietel, SMG		
2. Frau Kalisch, SZKÖ		
3. Frau Zander, SMG		
Gesprächspartner der Einrichtung:		
1. Frau Sleiers, HG		
2. Frau Behmen, stv.PDL		
3. Frau Schug, QMB		
4. Frau Schmoigl, BL Verwaltung		
5. Frau Marton- Csillag, HWL		
6. Herr Bokor, BL BD		
7. Herr Rank, PÜK		
8. Herr Schröder, TD		
9. Herr Schmid, TD		
Wann wurde die Einrichtung zuletzt von anderen Qualitätsprüfungsinstitutionen besucht		
Interne Revision 2014		
Rezertifizierung 2015		
Name und Träger der Einrichtung sowie verantwortliche Personen mit Angabe der Qualifikationen:		
Name der Einrichtung:	Seniorenzentrum Bethel München gGmbH	
Gesellschafter:	Diakoniewerk Bethel gemeinnützige GmbH	
HG:	Helene Sleiers	
PDL / Geschäftsführerin:	Irena Behmen	
Stv. PDL:	Anja Schug	
QMB:	Anja Schug	
Seit wann besteht die Einrichtung?		
1952 Gründung, 1967 Anbau , 2000 - 2003 Komplettmodernisierung, 2008 Eröffnung des beschützenden Bereichs		

Welche Zusatzleistungen / Spezialisierungen werden von der Einrichtung angeboten?

1. beschützender Bereich mit 12 BewohnerInnen
2. hausinterne Wäscherei
3. Ausbildungsbetrieb
4. Küchenbetrieb

Art der Einrichtung und Versorgungssituation

Bettenanzahl: 128
 Aktuelle Belegung: 123
 Auslastung in %: aktuell zum 20.05.2017: 96,1%

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

		Mai
a.	Wachkoma	0
b.	Beatmungspflicht	0
d.	Dekubitus	5
c.	Blasenkatheter	8
e.	PEG-Sonde	1
f.	Fixierung	0
g.	Kontraktur	35
h.	Vollständige Immobilität	15
i.	Tracheostoma	0
j.	MRSA	1
k.	Diabetes Mellitus	31

Struktur der Wohn- und Pflegebereiche / Stationen													
Wohnbereich / Stationen	geht über Ebenen		Anzahl Wohnplätze / Betten				davon nach SGB XI eingestuft in Pflegegrad						rüstig
	1	>1	1	2	3	>3	Belegung / Versorgung Gesamt	1	2	3	4	5	
EG offen		x	10	12				0	6	7	5	1	
EG beschützend	x		8	4				0	0	5	3	3	
I	x		34	2				1	4	13	11	4	2
II/III		x	34					0	8	8	11	7	
IV	x		24					0	4	8	9	3	
Gesamt:			128				123	1	22	41	39	18	2

Folgende Ausstattung ist vorhanden (ja/nein):

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	
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	12,00	480,00	0,50	7,50	487,50	0,25	
Altenpfleger/-innen	8,00	320,00	0,75	11,25	331,25	0,25	
Pflegehilfskräfte ohne Qualifikation	2,00	80,00	11,50	172,50	252,50		
Pflegehilfskräfte mit Basisqualifikation	8,00	320,00	3,50	52,50	372,50		
Auszubildende	4,00	160,00	0,00	0,00	160,00		
Gesamt:	34,00	1360,00	16,25	243,75	1603,75	0,50	0,00

3 Prüfkatalog Diakonie-Siegel Pflege, Version 3³

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 9, MD F 1.1.1 Unternehmensleitbild für das Diakoniewerk Bethel und seine Unternehmensbeteiligungen 3;	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Geplant ist, dass die Fragen in einem Qualitätszirkel bearbeitet werden. Die Leitbilder sind Bestandteil der Einarbeitung und der Fortbildungen.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 1.3 Organigramm 25, MD F 1.3.2 Bestellungsurkunde 7	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Im Organigramm sind alle Beauftragten aufgelistet.	

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

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 1.4 Leistungsbeschreibung 10	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Der "Träger" ist die gemeinnützige GmbH, der Gesellschafter der Seniorenzentrum Bethel München gemeinnützige GmbH ist das Diakoniewerk Bethel.	H: Die Begrifflichkeiten müssen in der Regelung angepasst werden.
F: Die Regelung enthält noch Namen von Mitarbeitern, die nicht mehr in der Einrichtung sind.	H: Die Regelung muss aktualisiert werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 1.5 Managementbewertung 10	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Brandmelder wurden ausgetauscht - Projekt vollständig.</p> <p>F: Legionellen: Alle kurz- und mittelfristigen Auflagen des Landes wurden erfüllt. Weitere Maßnahmen folgen noch (regelmäßige Spülungen an bestimmten Stellen).</p> <p>F: Zahlreiche Einstellungen und Neubesetzungen - das neue Team ist komplett.</p> <p>F: Projekt im betreuenden Dienst: Parkour im Park, der mit Hilfe von Spenden finanziert wird.</p> <p>F: Bei der Reparatur der Aufzüge ist ein Ende abzusehen.</p> <p>F: Umstellung der Küche auf Tiefkühlkost, weil es keinen Küchenleiter mehr gab - nun gibt es eine neue Küchenleiterin und die Umstellung auf eigene Speisenherstellung ist ab nächsten Monat geplant.</p> <p>F: Die Hygienefachkraft hat ihre Ausbildung abgeschlossen.</p> <p>F: Strukturierte Informationssammlung (SIS): Die Umstellung läuft sukzessive auf Grundlage von POP-Pflegediagnosen. Durch Fluktuation ist die Grundlage inzwischen "verwässert" und entspricht nicht mehr dem ursprünglichen Ziel.</p> <p>F: Das neue Begutachtungsinstrument (NBA) ist inzwischen eingeführt. Zur Zeit gibt es weitere Reflektionsveranstaltungen, um die Ergebnisse und deren Validität zu überprüfen.</p> <p>F: Einführung von AEDL und schließlich SIS.</p>	
F: Es fehlen weiterhin Fachkräfte im Gesamtraum München. Es werden alle Möglichkeiten genutzt, Fachkräfte zu gewinnen und zu halten.	
<p>F: Maßnahmen aufgrund der Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung wurden eingeleitet.</p> <p>N: Mitarbeiterbefragung 2016 - Maßnahmenplan</p>	

3.2.2 Personal

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.2 Personalakquise 11, Beginn und Beendigung des Arbeitsverhältnisses, MD F 2.2.1 Bewerbungsgespräch 1, MD F 2.2.2 Merkblatt Datenschutz-und Sicherheit 5, MD F 2.2.3 Datengeheimnis Verpflichtung 6	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Regelung nimmt nicht alle Kriterien der Anforderungen auf.	H: Zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses müssen die dazugehörigen Kriterien in der Regelung ausgeführt werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.3 Personaleinsatzplanung - VA F 2.3.1 Personaleinsatzplanung ATOSS Zeiterfassung 1, VA F 2.3.2 Personaleinsatzplanung Urlaubsregelung 11	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Auf die Urlaubsplanung wird umfassend eingegangen.	
F: Die Regelung nimmt einige Kriterien auf und lässt einige unbeantwortet.	H: Auf alle Kriterien muss, wenn zutreffend, eingegangen werden, bspw. auf die Regelung zu Kurzzeiterkrankungen (ärztliche AU-Erklärung am dritten Tag?).

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.4 Interne Kommunikation 12 , MD F 2.4.1 Protokoll Besprechung 5, MD F 2.4.2 Protokoll Fallbesprechung 7, MD F 2.4.5 Pastorenübersicht 2	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Nicht alle Kriterien der Anforderung werden beschrieben.	H: Alle Kriterien der Anforderung müssen aufgenommen werden - der Prozess muss aktualisiert werden.
F: Die abwesenden Mitarbeiter lesen das aushängende Protokoll und unterschreiben es.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.5 Stellen- und Aufgabenbeschreibung 4	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: In den Stellenbeschreibungen wird von den Mitarbeitern gefordert: "Bejahung der christlichen Werteorientierung der diakonischen Arbeit, Bereitschaft, dies auch im Arbeitsalltag umzusetzen, in einer den Mitarbeitern persönlich geeigneten Form unter Achtung der Wünsche und Bedürfnisse ihres Gegenübers."	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.6 Einarbeitung neuer Mitarbeiter 9	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Neuen Mitarbeitern wird die Bibel ausgehändigt und während der Einstellungsgespräche auf das Christliche Profil hingewiesen und die Anforderungen, die hieraus für die Mitarbeiter erwachsen. F: Jeder neue Mitarbeiter bekommt ein neues Testament zum Dienstbeginn.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.7 Ausbildung 6	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Regelung nimmt nicht alle Kriterien aus der Anforderung auf. Die Strukturen und Prozesse gehen aus den Beschreibungen nicht klar hervor.	H: Die Verfahrensanweisung muss ergänzt werden - hierfür muss die Anforderung aus dem Bundesrahmenhandbuch herangezogen werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.8 Fort- und Weiterbildung 9	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Es gibt kein Budget für die Fort- und Weiterbildung.</p> <p>F: Der Fortbildungsplan liegt vor und speist sich aus Vorgaben der Einrichtung, aus den Pflichtfortbildungen und Fehlern und Bedarfen. Der Fortbildungskalender wird im Intranet hinterlegt und wird nach den Zielgesprächen mit den Leitungen abgeschlossen. Hier fließen auch die Weiterbildungen der Mitarbeiter ein. Dies wird im Februar abgeschlossen.</p> <p>F: Die Mitarbeiterin der Verwaltung überwacht die Teilnahme an den Pflichtfortbildungen und gibt die Meldung an die Pflegedienstleitung weiter. Bevor der Dienstplan geschrieben wird, erhalten die Wohnbereichsleitungen die Meldung (meist monatlich), welche Mitarbeiter zum nächsten Pflichttermin einzuplanen sind.</p> <p>F: Pflichtfortbildungen wenden sich an alle Mitarbeiter - berufsgruppenangepasst.</p> <p>F: Die Mitarbeiter, die regelmäßig geschult werden müssen, sind bekannt.</p> <p>N: Fortbildungsplan 2017; Auswertung der Fortbildungen 2016 - Schulungsmatrix 2016</p>	
<p>F: Zur Zeit gibt es eine kommissarische Fortbildungsbeauftragte. Das diakonische Profil wird im Rahmen von Fortbildungstagen angeboten.</p> <p>F: Die zentralen Texte werden im Wechsel während der Fortbildungstage thematisiert. Der Dozent kann diese Themen gut vermittelt.</p>	
<p>F: Techniker und Mitarbeiter der Hauswirtschaft werden im Rahmen der Pflichtfortbildung auch aufgenommen.</p>	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.9 Mitarbeitergespräche 9, VA F 2.9.1 Mitarbeiterinnengespräch Zielvereinbarung, VA F 2.9.2. Förderung aufstiegsorientierter MA	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Überprüfung der vereinbarten Ziele wird zwischen den Gesprächspartnern festgelegt. N: MD F 2.9.1.2 Zielvereinbarung BL	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.10 Diakonische Angebote für Mitarbeiter 9	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: In der Mitarbeiterbefragung wird ebenso die Meinung der Mitarbeiter zum diakonischen Profil erfragt.	
F: Bei allen Teamsitzungen werden diakonische Themen angesprochen.	
F: Fortbildungen zum Umgang mit Sterben und Tod werden in der Einrichtung angeboten.	
F: Es wird den Mitarbeitern ermöglicht, bei den Beerdigungen von Bewohnern teilzunehmen und Abschied zu nehmen. Hierzu liegt ein Kondolenzbuch im Empfang aus.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.11 Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) und Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) 1	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements wurden Gesundheitstage 2015 und 2016 organisiert. Eine Verwaltungsmitarbeiterin organisiert hier die Veranstaltungen. F: Die Dienstplanung wird auf die Bedürfnisse der Mitarbeiter angepasst - Langschläfer erhalten häufiger Spätdienste, Frühaufsteher Frühdienste, Eltern, die ihre Kinder in die Kita bringen müssen, Zwischendienste.	

3.2.3 Qualitätsmanagementsystem

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.1 Aufbau des Qualitätsmanagementsystems 3, MD F 2.5.21 Stellenbeschreibung QMB 3	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Im Rahmen der Managementbewertung und der Regelung zur Anforderung lassen sich die Kriterien nachvollziehbar beantworten.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.3 Umgang mit Fehlern, Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen 11	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Themen sind Teil der Leitungssitzungen. F: (Fehlermanagement - Fehler des Monats) N: Fehlerstatistik 2016	
F: Fehler werden regelmäßig ausgewertet und ggf. Schulungen durchgeführt, um die Fehler abzustellen. F: Anhand des Maßnahmenplans lässt sich die sorgfältige Auswertung und die geeigneten Maßnahmen nachvollziehen. Bei Fehlern mit der Wundbehandlung gehen die Ursachen auf die Umstellung der Wunddokumentation zurück. N: Maßnahmenplan - laufender Maßnahmenplan 2017	
F: Das genannte System "CIRS" ist nicht Teil des hier gemeinten Fehlermanagementsystems.	E: Dieser Aspekt sollte aus der Regelung herausgenommen werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.4 Beschwerdemanagement 9	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Regelung nimmt die Kriterien der Anforderung auf.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.5 Interne Audits 10	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Es wird nicht klar, wie die fachliche Qualifikation definiert wird - denkbar wäre "Fachkraft", Berufserfahrung, Zusatzqualifikationen (Auditor), Wohnbereichleitungen, PDL, QMB usw.	H: Die Qualifikation eines internen Auditors muss nachprüfbar definiert werden.
F: Ein zentraler Maßnahmenplan, in dem die Ergebniss aus Audits (Hygiene, Datenschutz usw.) einfließen, liegt vor. N: Maßnahmenplan 2016 - 2017	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.6 Ermittlung der Bewohner- / Patientenzufriedenheit 11	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Auffälligkeiten wurden im Rahmen der Befragungsauswertung dargestellt.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.7 Bewohner- / Patientenvisitationen 2	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Im Diakoniewerk Bethel wird ein Pflegevisitenkatalog verwendet, der einrichtungsspezifisch ergänzt werden kann und auch Fragen des MDK aufnimmt. Die Visitation von Bewohnern nach den sogenannten "Qualitätsprüfrichtlinien" (QPR) des MDK ist optional.	

3.2.4 Sicherheit

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 4.2 Arbeitsschutz 10	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Der Arbeitssicherheitsausschuss tagt viermal jährlich. Unfälle werden ausgewertet und fließen in die Managementbewertung ein.</p> <p>F: Der Kooperationspartner BAD ist zuständig für die Sicherheit und für die medizinische betriebsärztliche Versorgung. Dreimal tagt der ASA, einmal im Jahr findet eine "große" Sitzung statt, bei der der Sicherheitsbeauftragte nicht dabei war.</p> <p>N: Gefährdungsbeurteilungen, psychische Gefährdungsbeurteilung "GB Psyche 2016" mit Begleitung der BAD (Küche, Hauswirtschaft, Pflege), Allgemeine Gefährdungsbeurteilung 2015, Managementbewertung 2016</p>	
<p>F: Zur Zeit befindet sich der Arbeitsschutz und die "Sicherheit" im Umbruch. Es gibt zwei Mitarbeiter der Technik, die dieses Gebiet übernehmen werden und sich erst in das Gebiet einarbeiten werden.</p> <p>F: Ersteinweiser sind bestellt - auf den Wohnbereichen werden die Ersteinweisungen von diesen für neue Mitarbeiter vorgenommen und dokumentiert.</p>	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 4.5 Hygiene 1, F 4.5.3.3 Aufbereitung von Medizinprodukten und Pflegeartikeln, MD F 4.5.3.1.2 Desinfektionsplan Wohnbereichsküche, F 4.5.8.1 Hygienemaßnahmen bei MRSA, F 4.5.8.4 Noroviren	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Bei der Bewertung der Hygiene in der Managementbewertung sind ein paar Aspekte nicht beachtet worden. Beispielsweise muss dargestellt werden, wie häufig es zu Norovirusinfektionen kam oder wie viele Bewohner mit einem resistenten Keim in der Einrichtung leben. Hierzu müssen ggf. die geeigneten Maßnahmen und die erzielten Ergebnisse beschrieben werden.</p> <p>N: Managementbewertung 2016</p>	<p>H: Die Anlage 2 zur Managementbewertung, die bethelweit gilt, muss zur Erstellung der Managementbewertung herangezogen werden.</p>

3.3 Kernprozesse

3.3.1 Pflege

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
VA K 1.3 Aufnahme (10) ; MD K 1.3.23 Aufnahmemappe -Checkliste (7)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Am ersten Tag der Aufnahme werden alle Risiken erhoben und ggf. Maßnahmen ergriffen.	
F: K 1.3.14 Gesellschafter ist die Diakoniewerk Bethel gGmbH, nicht mehr der "e.V." MD K 1.3.14: "Wäschekennzeichnung" gehört zur Wäscheversorgung.	H: Die Regelung muss aktualisiert werden. E: Die Einrichtung sollte prüfen, ob die Wäschekennzeichnung extra berechnet werden kann (z.B. VGH Kassel, Urteil vom 8.8.2013, 10 A 902/13).

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.4 Pflegeprozess, Pflegeplanung, Pflegestandards 3, K 1.4.6 NES Expertenstandard - Förderung der Harnkontinenz in der Pflege (3); MD K 1.4.6.1 NES Förderung der Harnkontinenz-Beratung (2); K 1.4.2 Expertenstandard Schmerz - Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen (3); MD K 1.4.1.2 Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen - initiales und differenziertes Assessment (1); MD K 1.4.1.1 NES Schmerzmanagement - Beratung (4)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Beim Dekubitusmanagement wird nicht auf die Zeit der Risikoerhebung hingewiesen (unmittelbar nach oder innerhalb von zwei Stunden nach der Aufnahme).	H: Die Zeit der Risikoerhebung muss beschrieben werden.
F: Beratungsunterlagen in den gesehenen Akten liegen vor.	
F: z.B. NES Harnkontinenz, akuter Schmerz - ausführliche Assessments entsprechend den Inhalten der Expertenstandards. Informationsschreiben hinsichtlich der Beratung werden zur Unterstützung der individuellen Beratung vorgehalten.	H: Die Nummern der mitgeltenden Dokumente in den Prozesskriterien (Harnkontinenz, chronischer Schmerz) müssen den jetzt aktuellen angepasst werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.5 Pflegedokumentationssystem 9	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Einzelne Kriterien werden nicht den richtigen Kategorien zugeordnet, so stehen bspw. Prozesse unter der Kategorie "Strukturkriterien". F: Die Pflegeüberleitungsfachkraft bereitet die Akten vor und beginnt mit der Anamnese.	E: Die Kriterien sollten der logischen Kategorie zugeordnet werden, ggf. kann die Verfahrensanweisung durch Bezüge auf in anderen Anweisungen beschriebenen Prozessen gekürzt werden.
F: Durch die Pflegevisiten entsteht ein Bild des aktuellen Dokumentationsstandes. Hierdurch wird ggf. Handlungsbedarf ersichtlich. N: Pflegevisitenauswertung	
WB 2 - 3: Palliativversorgung: Hr. F: Behandlungsentscheidung vom 16.2.2017; Eingeschränkte Versorgung - Essen und Trinken; Keine Einweisung in die Klinik, nur im Fällen eines Unfallgeschehens (z.B. nach Sturz) zur Diagnostik und bei Bedarf einer chirurgischen Versorgung. Die Pflegeplanung nimmt einige der aktuellen Pflegeprobleme auf. Die Dokumentationsorte sind unterschiedlich.	
WB 2 - 3: Palliativversorgung: Hr. F: Behandlungsentscheidung vom 16.2.2017; Eingeschränkte Versorgung - Essen und Trinken; Keine Einweisung in die Klinik, nur im Fällen eines Unfallgeschehens (z.B. nach Sturz) zur Diagnostik und bei Bedarf einer chirurgischen Versorgung. Die Pflegeplanung nimmt einige der aktuellen Pflegeprobleme auf. Die Dokumentationsorte sind unterschiedlich.	H: Die Ordnung und das System muss weiter überarbeitet werden.
Fr. v. S.: Sturzgefährdung (seit 2012 in der Einrichtung): Stürze wurden dokumentiert - Unfallbericht; Pflegebericht; unter den wichtigen Informationen wurden keine weiteren Notizen angefertigt.	H: Nach Stürzen muss ein Verlauf erstellt und Kontrollen dokumentiert werden.
Fr. O: Sturzgefährdung - Pflegeplanung vollständig; Pflegebericht nicht vorhanden; Analyse des Sturzes vorhanden - Maßnahme wurde ergriffen.	
F: Zur Zeit werden papiergestützte Formulare in MCC integriert um die Dokumentation zu verschlanken.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.6 Mitwirkung bei ärztlicher Diagnostik und Therapie 6	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Regelung beschreibt wichtige Aspekte der Zusammenarbeit mit den Ärzten, wie die Delegation oder fernmündliche Anordnungen. Die einzelnen Punkte sind jedoch unter "Strukturkriterien" falsch zugeordnet und unter der Kategorie "Prozesskriterien" werden einzelne Aspekte scheinbar "zufällig" erwähnt.	H: Die Verfahrensanweisung muss logisch gegliedert werden, die Kriterien den richtigen Kategorien zugeordnet werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.7 Umgang mit Medikamenten und Betäubungsmitteln (BTM) 14	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Der Bestand der BTM wird einmal wöchentlich durch die Wohnbereichsleitung überprüft.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.9 Pflegevisite und fachliche Begleitung von Mitarbeitern 11	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Regelung ist gemessen an der Anforderung sehr knapp gehalten.	H: Die Einrichtung muss die Regelung ergänzen, z.B. um einen Verweis auf die zentrale Regelung im Diakoniewerk Bethel.
F: Die Qualität des Datensatzes im Rahmen der Pflegevisite ist sehr gut, die Stärken und Verbesserungspotentiale treten gut zutage. F: Viele Kriterien haben einen Erfüllungsgrad zwischen 50 und 70 %. Es ist der Einrichtung bewusst, dass aufgrund der Fluktuation der Schulungsbedarf weiter hoch ist. N: Pflegevisitenauswertung 2017	H: Die Einrichtung muss die Entwicklung im Blick behalten.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.11 Pflegeüberleitung 10	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: In der Regelung werden in der Kategorie "Prozesskriterien" zwei unterschiedliche Prozesse beschrieben: Einweisung in eine andere Einrichtung und Zurücküberweisung.	E: Die Regelung sollte nach der "Einweisung in eine andere Einrichtung" und der "Zurücküberweisung in das Seniorenzentrum" unterscheiden. Es handelt sich um zwei unterschiedliche Prozesse und die Trennung der Themen erleichtert dem Leser die Orientierung.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.12 Verhalten in Notfallsituationen10	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: In der Regelung werden pflegerische und medizinische Notfälle zusammen beschrieben. Darüber hinaus werden psycho-soziale Krisen unter der Überschrift medizinische und pflegerische Notfälle aufgeführt.	H: Die Kriterien müssen den richtigen Subkategorien zugeordnet werden (medizinische, pflegerische, sonstige und psychisch-soziale Notfälle).
F: Notfälle werden nicht ausgewertet.	H: Notfälle müssen ausgewertet werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.13 Umgang mit Sterben und Tod 7	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Einrichtung verfügt über eine Palliativbeauftragte, die im Ernstfall hinzugezogen wird und ist Mitglied in einem Palliativnetzwerk.	
F: Die Regelung ist gut strukturiert und verständlich beschrieben, wenn auch Kriterien nicht immer der richtigen Kategorie zugeordnet wurden.	E: Kriterien sollten immer den passenden Kategorien zugeordnet werden.
F: Im Diakoniewerk Bethel und allen seinen Beteiligungen gilt der Anspruch, dass Mitarbeiter und Angehörige auf Wunsch seelsorgerliche Begleitung und Beratung erhalten können.	H: Die Bethel-Konvention muss gerade bezogen auf die Mitarbeiter eindeutig und deutlich ausformuliert werden.
F: Die Verfahrensanweisung ist bezüglich der Maßnahmen im Todesfall umfassend. F: Die Liste der Pfarrer hängt aus.	
F: Grundsätzlich wird auf die Wünsche der Bewohner und Angehörigen eingegangen.	
F: Ein Krankenabendmahl wurde in den letzten Monaten nicht mehr bewohnerseits erwünscht.	
F: Die Einrichtung arbeitet mit einem Hospiz zusammen.	
F: Die Palliativfachkraft sammelt zur Zeit die Daten zu ihrer Tätigkeit, um den Umfang zu belegen. F: Danksagungen der Angehörigen werden gesammelt und an die Wohnbereiche weitergeleitet. F: Der jährliche Gedenkgottesdienst ist auch ein Forum für Rückmeldungen.	

3.3.2 Beratung und Betreuung

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 2.1 Erstkontakt, Erstgespräch, Beratung 10	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Erstkontakte werden dokumentiert - eine Checkliste ist vorhanden.	
F: Die Pflegeüberleitungsfachkraft organisiert den Termin zum Erstgespräch. F: Es gibt Kriterien für eine Nichtaufnahme - z.B. können Beatmete in der Einrichtung nicht versorgt werden. F: Die Wünsche der Bewohner werden systematisch erfasst.	

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

4 Begutachtungen

4.1 Begutachtungen von Wohnbereichen⁴

4.1.1 Wohnbereich 1

Datum:	01.06.2017
Begleitpersonen / Leitungen:	Wohnbereich 1 (weitere Begehungen der WB 2 - 3 und 4) Fr. Behmen, Hr. Dietel

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
F 4.2 Arbeitsschutz*	Hautschutzplan der BGW / Hygieneplan*	iO
	Frage aus F 4.5: Aushang aktueller Hygiene- und Desinfektionspläne? Wird Hautschutz mit in die Hinweise eingeschlossen? Mitarbeitern bekannt?	iO
F 4.3 Brandschutz*	Aushang von Flucht- und Rettungsplänen*	iO
	Sind Fluchtwege / Flure frei begehbar?*	iO
	Sicherheit: Zugang zu gefährlichen Substanzen*	iO
F 4.4 Wartungs- und Kontrollsystem*	Kontrolle des Defibrillators / der Sauerstoffflasche des Reanimationswagens* (z.B. Ordner der Medizinprodukte - Wartungs- und Kontrollsystem. Mögliche Nachweise Anzahl, Art, Betriebsanleitungen bzw. Gebrauchsanleitungen)*	Es gibt keinen Defibrillator in der Einrichtung. Ansonsten sind die Medizinprodukte überprüft - BZ-Geräte siehe weiter unten.
	Notfallausstattung*	
	Funktionskontrolle der Medizinprodukte durch die Mitarbeiter des Bereiches*	Die BZ-Geräte sind nicht im wöchentlichen Turnus geprüft. H: Die Kontrolle der BZ-Geräte muss wöchentlich erfolgen.
	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*	Die Fäkalspülen enthalten auf der Innenseite Rostspuren und sehen hierdurch unsauber aus. Die Geräte sind mit der Wartung überfällig.

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

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
	Lagerung der Verbandsmaterialien / Sterilgut*	iO - Verbandskasten iO, Verbandsmaterialien befinden sich bei den Bewohnern in den Zimmern.
	Kleidung der Mitarbeiter*	iO
	Gesamteindruck Sauberkeit und Hygiene **	Die Einrichtung ist sehr sauber - Ausnahme die Fäkalspülen: Rost- und Kalkspuren im Inneren.
	Gesamteindruck Sauberkeit und Hygiene **	Der Wohnbereich ist sehr sauber - für den Fall einer Norovirusinfektion liegen die Hygienehilfsmittel bereit.
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)**	Sehr sauber.
	Gerüche?*	Keine bis schwache Gerüche - die Flure werden dann gelüftet.
	Sanitärbereiche und Funktionsräume**	Sehr sauber.
	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?*	F: Das Buch "Feiern und Loben" ist nicht vorhanden. F: Einlegeblätter - zu diesem Punkt konnten die Befragten keine Antwort geben. Das Thema wurde im Anschluss an die Begehung bearbeitet und die Einlegeblätter nachgereicht.
	Liste der Pastoren / Pfarrer*	F: Die Liste hängt im Dienstzimmer und wird auf Nachfrage bekanntgegeben. H: Die Liste muss ausgehangen werden. F: Ob Bewohner am Gottesdienst teilgenommen hat, verzeichnet die Dokumentation der Betreuungsassistenten und wird in der papiergestützten Dokumentation der Betreuungsassistenten erfasst.

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
	Utensilien zur Gestaltung des Abschieds von verstorbenen Bewohnern ('Aussegnungssets') in allen Wohnbereichen?*	iO
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?	Fünf Tage vorher.
	Kennen Sie die Ziele Ihrer Einrichtung? Kennen Sie die Ihrer Abteilung für dieses Jahr? Wissen Sie, wo Sie im Moment stehen?	Die Ziele hängen aus.
	Dienst- / Tourenplanung - Kap. 4.1.1	(Kontinuität der Pflegefachkräfte ersichtlich? Gegeben?)
	<u>Interne Kommunikation - Kap. 4.1.1</u>	
	Datenschutz - Kap. 4.3 (k113f)	
Gesamtbewertung**		Die Organisation des Bereiches ist anhand der Fragen umfassend dargestellt worden. Der Wohnbereich ist aufgeräumt und sehr sauber. Verbesserungspotentiale: Prüfstempel auf allen Geräten müssen aktuell sein - die Händedesinfektionsmittelpender müssen mit dem aktuellen Anbruchsdatum versehen sein. Der Tank mit Desinfektionsmittel in der Badewanne im hinteren Bewohnerbad muss gewechselt werden, da die Haltbarkeit des Mittels abgelaufen ist.

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 Wohnbereich: „Nymphenburg“ beschützender Bereich

Datum:	01.06.2017
Begleitpersonen / Leitungen:	Fr. Schug, Fr.Khazaei, Fr. Buljugic, 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? Mitarbeitern bekannt?	Desinfektionsplan von 2/2017 hängt aus. Hautschutz ist in den Plänen eingeschlossen und hängt in allen Bereichen mit Handwaschplätzen aus.
F 4.3 Brandschutz*	Aushang von Flucht- und Rettungsplänen*	iO
	Sind Fluchtwege / Flure frei begehbar?*	Fluchtwege sind frei, Feuerlöscher: nächste Prüfung 12/17.
	Sicherheit: Zugang zu gefährlichen Substanzen*	Befinden sich alle in abgeschlossen Räumen/Schränken.
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)*	Sauerstoffflasche wird wöchentlich kontrolliert, ein Nachweis wird geführt. Der Ordner Medizinprodukte wird derzeit überarbeitet. Gebrauchsanleitung, z.B. BZ-Gerät, liegt vor.
	Notfallausstattung*	Erste -Hilfe-Koffer ist vorhanden und wird 1 xmon. kontrolliert-Nachweis wird geführt.
	Funktionskontrolle der Medizinprodukte durch die Mitarbeiter des Bereiches*	Wöchentliche Kontrollmessung erfolgt, Zielwerte sind aufgeführt, bei Abweichungen erfolgen nachweislich Maßnahmen - hier beispielsweise: Neuanschaffung BZ-Gerät im Mai 2017.
	Beachtung des Datenschutzes*	
	Überwachung der Kühlschranktemperatur (dokumentiert?)	Wird täglich dokumentiert.
F 4.5 Hygiene**	Ausstattung Pflegewagen* / Arbeitsmittel im ausreichenden Umfang (Handschuhe, Händedesinfektionsmittel etc.) vorhanden?*	Das Händedesinfektionsmittel wird aus Sicherheitsgründen auf der Station nicht auf dem Pflegewagen vorgehalten, sondern befindet sich in Spendern in abgeschlossenen Räumen bzw. wird b.B. mitgeführt.
	Sauberkeit / Pflege der Rollstühle, Lifter und anderer Hilfsmittel*	iO
	Veröffentlichung von Sicherheitsanweisungen, z.B. Verhalten im Notfall*	iO Verhalten im Brandfall, Anleitung zur 1. Hilfe-Maßnahmen hängen aus und sind im Verbandskasten hinterlegt.
	Erforderliche Hygienemaßnahmen bei Isolierten (Schutzkleidung, Hauben, Mundschutz, Handschuhe, Einmalkittel, Wäsche, Abwurf, Reinigung)?*	Wird b.B. bei der Hauswirtschaftsleitung angefordert. Handschuhe stehen auf dem Pflegewagen, Schutzschürzen liegen bereit.
	Umgang mit reinem / unreinem Arbeitsraum / Arbeitsmitteln*	iO
	Lagerungshilfsmittel*	iO
	Lagerung der Verbandsmaterialien / Sterilgut*	Verbandsmaterial wird Bewohnerbezogen aufbewahrt. Verbesserungshinweis: im geschlossenen Behälter aufbewahren.
	Kleidung der Mitarbeiter*	iO
	Gesamteindruck Sauberkeit und Hygiene **	Sehr sauber und gepflegt.

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
K 1.9 Umgang mit den Medikamenten*	Die Medikamentenschränke sind abschließbar / Lagerung in Medikamentenkühlschränken bei Bedarf.*	iO
	Sachgemäße Lagerung / Aufbewahrung (Beschriftungen nach Anbruchs- und Verfallsdatum mit Jahreszahl* / Entsorgung der Medikamente (und Spritzenbestecke)*	iO
	Kontrollliste Lagergut und Medikamente*	Medikamente werden 1x mon. auf Lagerung und Verfall durch WBL kontrolliert Nachweis: MD F 3.5.4 von 9.4.2017 eingesehen.
	Entsprechen die gestellten Medikamente denen, die der Arzt angeordnet hat (Abgleich Medikamente / Verordnung)?*	Hinweis: Arztunterschrift fehlte bei Pipamperonsaftanordnung.
	BTM – Buch und Aufbewahrung (Vollständigkeit) / Verblisterung / Vier-Augen-Prinzip*	k.B.
K 2.2 Wohnraumgestaltung **	Gestaltung der Gemeinschaftsräume**	iO
	Gestaltung der Außenbereiche - Balkone / Gehwege / Bepflanzungen**	Großzügiger, parkähnlicher Garten, mit einladenden Sitzmöglichkeiten und großer Terrasse, welche bei schönem Wetter für Caféangebote genutzt wird. Der beschützte Bereich hat einen separaten Außenbereich.
	Erscheinungsbild der Flure / Gestaltung der Sitzgelegenheiten / Informationstafeln etc.**	Sehr sauber, ansprechend gestaltet mit Bildern, Aushängen, Bastelarbeiten.
	Veranstaltungsübersicht**	Hängt aus - sowohl individuell für den Wohnbereich, als auch der Plan für das gesamte Haus.
	Orientierungshilfen*	iO, Piktogramme an den Toiletten.
K 2.3 Verpflegung *	Aktueller, gut lesbarer Speiseplan im Wohnbereich?*	iO
K 2.4 Reinigung **	Verkehrsflächen - Fußböden („runde Ecken“, Staub, Begehbarkeit)**	Sehr sauber und gepflegt.
	Gerüche?*	Nein.
	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?*	Blatt mit ausgewählten Bibeltexten ist vorhanden "Feiern und Loben" liegt nicht aus.
	Liste der Pastoren / Pfarrer*	Hängt auf dem Flur aus.
	Utensilien zur Gestaltung des Abschieds von verstorbenen Bewohnern (*Aussegnungssets) in allen Wohnbereichen?*	iO

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
Sonstiges	Namenschilder?	iO
	FeM: Bei Freiheitsentziehenden Maßnahmen: liegt Gerichtsbeschluss vor? (Stichprobe)*	iO
	Handzeichenlisten aktuell? (Stichprobe: von der HZ-Liste zum Dienstplan zur Akte - Übereinstimmung?)*	iO
	Stufenloser Eingang *	iO
	Aufzüge mit großen, für Rollstuhlfahrer erreichbaren Bedienelementen (Höhe unter 1.20 m)*	iO
	Handläufe, Haltegriffe*	iO
	Behindertengerechtes Bad / Toilette auf allen Etagen*	iO
	Rufanlage in jedem Zimmer vorhanden / Nachtbeleuchtung*	iO
	Rutschfester Fußboden*	iO
	An Pflegefachkraft: Wann erfahren Sie von Aufnahmen? Welche Informationen erhalten Sie aus dem Erstgespräch / der prästationären Sprechstunde / vom Überleitungsbogen? Wer legt die Bezugs- / Bereichspflegefachkraft fest?	Der Einzug wird einige Tage im Vorfeld angekündigt; alle Bereiche im Haus werden per Mail über den Einzug informiert. Eine persönliche Information und eine Übergabe der ersten Informationen (K 1.3.1) durch die Pflegeüberleitungsfachkraft erfolgt. Die Anamnese wird durch Pflegefachkraft vom Wohnbereich erstellt.
Kennen Sie die Ziele Ihrer Einrichtung? Kennen Sie die Ihrer Abteilung für dieses Jahr? Wissen Sie, wo Sie im Moment stehen?	Ziele hängen aus, sind bekannt und der aktuelle Stand wird in den Besprechungen thematisiert.	
	Dienst- / Tourenplanung - Kap. 4.1.1	(Kontinuität der Pflegefachkräfte ersichtlich? Gegeben?)
	<u>Interne Kommunikation - Kap. 4.1.1</u>	
	Datenschutz - Kap. 4.3 (k113f)	
Gesamtbewertung**		Der Wohnbereich ist sehr sauber und gepflegt. Die eingesehenen Aspekte waren gut nachvollziehbar und nachweislich dargestellt. Eine Arztunterschrift zur Anordnung muss umgehend nachgeholt werden.

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 Wohnbereich 2 und 3

Datum:	01.06.2017
Begleitpersonen / Leitungen:	Fr. Kalisch

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
F 4.2 Arbeitsschutz*	Hautschutzplan der BGW / Hygieneplan*	
	Frage aus F 4.5: Aushang aktueller Hygiene- und Desinfektionspläne? Wird Hautschutz mit in die Hinweise eingeschlossen? Mitarbeitern bekannt?	iO
F 4.3 Brandschutz*	Aushang von Flucht- und Rettungsplänen*	iO
	Sind Fluchtwege / Flure frei begehbar?*	iO
	Sicherheit: Zugang zu gefährlichen Substanzen*	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)*	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 **	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**	Sehr wohnlich.
	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)**	Sehr sauber.
	Gerüche?*	Sehr sauber.
	Sanitärbereiche und Funktionsräume**	Sehr sauber.
	Sauberkeit und Ordnung in Gemeinschaftsräumen**	Sehr sauber.
	Sauberkeit der Umgebung: Fenster, Sonnenschutz / Jalousien **	Sehr sauber.
	Sauberkeit Verteilerküchen**	Sehr sauber.
U 1.5 Beschaffung und Lagerung		
Diakonisch-Kirchliche Angebote *	Leitbilder gut sichtbar und bewohnerorientiert angebracht?*	iO
	Ausstattung der Bewohnerzimmer / Büros mit Neuem Testament (NT)*	iO
	Angebotsübersicht gut sichtbar?*	iO
	Bibel / Feiern und Loben / andere Gesangsbücher in allen Wohnbereichen / Einlegeblätter?*	iO
	Liste der Pastoren / Pfarrer*	iO
	Utensilien zur Gestaltung des Abschieds von verstorbenen Bewohnern ('Aussegnungssets') in allen Wohnbereichen?*	iO

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

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 Bewohnern

4.2.1 Bewohner 1

Datum:	01.06.2017			Geb.Datum:	
Name, Vorname:				Bereich / Abteilung:	WB 4
Betreuung:	Angehörige			Pflegegrad:	
Derzeitige Situation:	Seit 01/2011 in der Einrichtung; Pflegestufe 1; versucht so selbstständig zu sein, wie möglich - benötigt Unterstützung bei der Körperpflege; kooperativ, ansprechbar, zeitweise zur Situation orientiert; sturzgefährdet, stuhl- und haminkontinent, thrombose- und kontrakturgefährdet. Transfer in den Rollstuhl mit einer Pflegekraft - bewegt sich selbstständig durch die Einrichtung, fährt selbstständig in die Cafeteria; erhält Physiotherapie.				
Medizinische Diagnosen:	Multicerebrale Ischämie, geistig-seelische Störung, Depression, Schlaganfall mit Hemiparese re. 2010				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:	iO	Augen:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	iO	Zahnfleisch:	iO
Zunge:	iO	Achseln:	iO	Ellenbogen:	iO
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	k.B.	Brust:	iO
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:	iO	Hautzustand:	iO
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.	ggf. Ödeme:	t.n.z.
Wunden:	t.n.z.	Orientierung:	Teilweise.	Schmerzen:	Keine Schmerzäußerungen.
DK:	t.n.z.	IKM:	Einlagen (dokumentiert: unterschiedliche Stärken).		
Atmosphäre:	Wohnlich.	Bett (auch: höhenverstellbar)	Sehr sauber.	Wandschmuck/Bilder	Persönlich.
Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel	Sehr sauber.	Gerüche:	Keine.	Kleidung:	Persönlich.
Nasszelle / WC:	Sehr sauber.	Mobiliar:	Standard.		
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Nehme ich nicht teil.		Essen:	Mir schmeckt alles.	
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):	Nehme ich nicht teil - ich gehe rüber in die Kirche.		Pflegerische Versorgung:	Die sind alle nett.	
Medizinische Versorgung:	t.n.z.		Therapeutische Anwendungen:	Physiotherapeutische Anwendungen.	
Sollte etwas verbessert werden?	Nein.		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Angemessen.	
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?					
Gesamteindruck / Bewertung:	Die Bewohnerin kann nur teilweise befragt werden - sie wird aus pflegerischer Sicht bedarfsorientiert versorgt und erscheint zufrieden.			+ / -	

4.2.2 Bewohner 2

Datum:	01.06.2017			Geb.Datum:	
Name, Vorname:				Bereich / Abteilung:	WB 4
Betreuung:	Angehörige			Pflegegrad	
Derzeitige Situation:	Seit 10/2012 in der Einrichtung. Zeitweise zeitlich und örtlich orientiert - den Tagesablauf kann er jedoch noch bestimmen - Unterstützung beim Ankleiden (feste Schuhe) und Erinnerungen an bestimmte Uhrzeiten (z.B. an das Mittagessen), Unterstützung bei der Körperpflege. Suprapubischer DK mit Beinbeutel - DK wird in Abstimmung mit dem Urologen gewechselt. Einstichstelle reizlos (dokumentiert). Zeitweise Schmerzäußerung in den Knien.				
Medizinische Diagnosen:	Herzschrittmacher, koronare Herzerkrankungen, chronisch obstruktive Lungenerkrankung; Suprapubischer Katheter - Zustand nach Prostatahyperplasie, Leistenhernie.				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:	iO	Augen:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	iO	Zahnfleisch:	iO
Zunge:	iO	Achseln:	iO	Ellenbogen:	iO
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	iO	Brust:	iO
Bauchnabel:	k.B.	Hüften:	iO	Gluteal / Sakral	iO
Analgegend:	iO	Leistenbereich:	iO	Intimbereich:	iO
Fuß/Ferse/Fußnägel:	k.B.	Zehenzwischenräume:	k.B.	Hautzustand:	iO
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.	ggf. Ödeme:	t.n.z
Wunden:	Suprapubischer DK - alle drei Tage Verbandswechsel - Wunde reizlos	Orientierung:	Zeitweise orientiert.	Schmerzen:	Wegen Schmerzen in beiden Knien ggf. Bedarfsmedikamente. Keine Schmerzäußerung.
DK:	Suprapubischer DK.	IKM:	t.n.z.		
Atmosphäre:	Sauberes Zimmer mit wenig persönlichen Gegenständen. Sehr funktional und praktisch	Bett (auch: höhenverstellbar)	Sehr sauber.	Wandschmuck/Bilder	Wenig persönliche Bilder.
Sauberkeit Zimmer / Nachtsiche / Hilfsmittel	Sehr sauber.	Gerüche:	Keine.	Kleidung:	Persönlich.
Nasszelle / WC:	Sehr sauber.	Mobiliar:	Standard.		
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Keine Befragung möglich.		Essen:		
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des			Pflegerische Versorgung:		
Medizinische Versorgung:			Therapeutische Anwendungen:		
Sollte etwas verbessert werden?			Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:		
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?					
Gesamteindruck / Bewertung:	Die pflegerische Versorgung ist angemessen und bedarfsorientiert.		+ / -		

4.2.3 Bewohner 3

Datum:	01.06.2017		Geb.Datum:		
Name, Vorname:			Bereich / Abteilung:	WB 4	
Betreuung:	Angehöriger		Pflegerad		
Derzeitige Situation:	Einzug 02/2015; konnte zu Hause nicht mehr alleine leben - selbstbestimmt - lehnt Maßnahmen häufig ab; Unterstützung bei der Körperpflege - lehnt das Duschen ab - Fallbesprechungen haben stattgefunden; Kommuniziert gerne aber häufig nur innerhalb des Zimmers, bewegt sich mittels Rollator selbstständig; Harn- und Stuhkontinent; Nachtstuhl im Zimmer. Sturzrisiko vorhanden; Thrombose- und Pneumonieprophylaxe (ehemalige Raucherin); Einzelgespräche der Beschäftigungsassistenten und Pflegefachkräfte im Zimmer.				
Medizinische Diagnosen:	Bronchitis, dekompensierte Herzinsuffizienz, Antithrombosestrümpfe, Messisymptomatik.				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:	iO	Augen:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	Der Zahnarzt war zur Begutachtung der Zähne da und hat zwei Zahnreste gezogen.	Zahnfleisch:	Entzündet - Zahnarzt hat zwei Zähne gezogen.
Zunge:	iO	Achseln:	k.B.	Ellenbogen:	iO
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:	iO	Zehenzwischenräume:	k.B.	Hautzustand:	iO
Ernährungszustand:	t.n.z.	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.	ggf. Ödeme:	t.n.z.
Wunden:		Orientierung:	Orientiert.	Schmerzen:	Keine Schmerzäußerung.
DK:		IKM:	k.B.		
Atmosphäre:	Tierbilder.	Bett (auch: höhenverstellbar)	Wurde gerade bezogen.	Wandschmuck/Bilder	Tierbilder.
Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel	Sehr sauber.	Gerüche:	Keine.	Kleidung:	Persönlich.
Nasszelle / WC:	Sehr sauber.	Mobiliar:	Standard, ordentlich.		
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Früher ja, aber es interessiert mich nicht.		Essen:	Nicht so gut - egal.	
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Gottesdienstes):	Interessiert mich nicht.		Pflegerische Versorgung:	Nett.	
Medizinische Versorgung:			Therapeutische Anwendungen:		
Sollte etwas verbessert werden?			Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:		
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?					
Gesamteindruck / Bewertung:	Die Bewohnerin wird angemessen versorgt.		+ / -		

4.2.4 Bewohner 4

Datum:	01.06.2017	Geb.Datum:	
Name, Vorname:		Bereich / Abteilung:	WB 2 und 3
Betreuung:	Schwägerin	Pflegestufe:	
Derzeitige Situation:	2007 Einzug ins Seniorenzentrum; in den letzten 2 Jahren hat sich lt. Pflegefachkraft die Mobilität stark verschlechtert; bei Einzug war eine selbständige Fortbewegung noch möglich, jetzt komplett immobil - nur mit dem rechten Arm sind minimale Bewegung möglich; Kontrakturen an kleinen und großen Gelenken; harn- und stuhlinkontinent; chron. Wunde Dekubitus Grad 3 im Steißbereich seit 8/2014; zeitliche, örtliche und situative Orientierung nicht bzw. nur im geringem Maße vorhanden; zu Personen teilweise orientiert, erkennt alle Angehörigen, erkennt teilweise die Pflegepersonen, aber nicht namentlich; täglicher Transfer in den Pflegerollstuhl mit Lifter durch 2 PP, Intertrigogefahr.		
Medizinische Diagnosen:	PAVK IV, art. Hypertonie, Diabetes mellitus; Z.n. Aneurysma - seither Hemiparese links, Epilepsi (seit 2 Jahren anfallsfrei), Z.n. Schädelhirntrauma Grad 1, senile Demenz, COPD bei Z.n. Nikotinabusus.		
Aktueller Zustand / Umfeld:			
Haare:	iO	Ohren:	k.B.
Lippen:	iO	Zähne:	k.B.
Zunge:	k.B.	Achseln:	k.B.
Finger / Fingernägel	re. Daumen kleine Rötung an der Innenseite .	Schulterblätter:	k.B.
Bauchnabel:	k.B.	Hüften:	k.B.
Analgegend:	k.B.	Leistenbereich:	k.B.
Fuß/Ferse/Fußnägel:	Fuß gepflegt, Podologe kommt alle 4-6 Wochen.	Zehenzwischenräume:	iO
Ernährungszustand:	BMI 29,7	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.
Wunden:	Dekubitus Grad 3 im Steißbereich, Bewegungsplan und Wunddokumentation liegen vor.	Orientierung:	Zeitliche, örtliche und situative Orientierung nicht bzw. nur im geringem Maße vorhanden, zur Person teilweise orientiert.
DK:	t.n.z.	IKM:	Einlagen mit Netzhose.
Atmosphäre:	Angenehm, freundlich.	Bett (auch: höhenverstellbar)	iO; Wechsell Druckmatratze wird nachweislich auf Funktionsfähigkeit kontrolliert
Sauberkeit Zimmer / Nachttische / Hilfsmittel	Sauber.	Gerüche:	keine
Nasszelle / WC:	Sauber.	Mobiliar:	
Zufriedenheit:			
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Befragung nur bedingt möglich. Nimmt an Beschäftigung teil.	Essen:	"ist gut".
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des)	Am Gottesdienst nimmt sie teil. Die Teilnahme ist durch die Dokumentation der Betreuungsassistenten nachvollziehbar.	Pflegerische Versorgung:	
Medizinische Versorgung:		Therapeutische Anwendungen:	lt. Pflegefachkraft: Physiotherapie 1-2 x; Ergotherapie 1 x wöchentlich.
Sollte etwas verbessert werden?		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Zugewandt, einführend.
Bewertung:			
Sollte etwas verbessert werden?			
Gesamteindruck / Bewertung:	Wirkt sehr gepflegt, eine komplette körperliche Begutachtung ist nicht möglich, da ein notwendiger Transfer sehr belastend für Bewohnerin ist.		+ / -

4.2.5 Bewohner 5

Datum:	01.06.2017			Geb.Datum:	
Name, Vorname:				Bereich / Abteilung:	beschützter Bereich
Betreuung:	Angehörige, gerichtliche Betreuung			Pflegestufe:	
Derzeitige Situation:	Wegläuftendenz, sehr hoher Bewegungsdrang, hohe Sturzgefahr, war vor ca. einem Monat für 4 Wochen in einer psychiatrischen Klinik, kam mit neuer Einstellung der Medikation zurück, ist dadurch etwas ruhiger geworden				
Medizinische Diagnosen:	Alzheimerdemenz				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:	iO	Augen:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	iO	Zahnfleisch:	iO
Zunge:	iO	Achseln:	k.B.	Ellenbogen:	iO
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	k.B.	Brust:	k.B.
Bauchnabel:	iO	Hüften:	k.B.	Gluteal / Sakral	k.B.
Analgegend:	k.B.	Leistenbereich:	k.B.	Intimbereich:	k.B.
Fuß/Ferse/Fußnägel:	iO	Zehenzwischenräume:	iO	Hautzustand:	iO
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.	ggf. Ödeme:	t.n.z.
Wunden:		Orientierung:	iO	Schmerzen:	Keine.
DK:	t.n.z.	IKM:	iO		
Atmosphäre:	Freundlich.	Bett (auch: höhenverstellbar)	Sehr sauber.	Wandschmuck/Bilder	Sind vorhanden.
Sauberkeit Zimmer / Nachttische / Hilfsmittel	Sehr sauber.	Gerüche:	Keine.	Kleidung:	Persönlich.
Nasszelle / WC:	Sehr sauber.	Mobiliar:			
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):			Essen:		
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des			Pflegerische Versorgung:		
Medizinische Versorgung:			Therapeutische Anwendungen:		
Sollte etwas verbessert werden?			Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Angemessen, zugewandt.	
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?	nein				
Gesamteindruck / Bewertung:	Der Bewohner war sehr zufrieden und ist in allen gesehenen Aspekten sehr gut versorgt.		+ / -		

4.2.6 Bewohner 6

Datum:	01.06.2017			Geb.Datum:	
Name, Vorname:				Bereich / Abteilung:	beschützter Bereich
Betreuung:	ja			Pflegestufe:	
Derzeitige Situation:	wechselnde Stimmungslagen, abwehrendes Verhalten, Wortfindungsstörung, gestörte Kommunikation, keine Gruppenaktivitäten möglich, keine Angehörigen, Bewegung nur mit Unterstützung möglich, Essen und Trinken nur mit vollständiger Übernahme, Stuhlinkontinent				
Medizinische Diagnosen:	Alzheimerdemenz				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:	iO	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:	iO	Hüften:	k.B.	Gluteal / Sakral	k.B.
Analgegend:	k.B.	Leistenbereich:	k.B.	Intimbereich:	k.B.
Fuß/Ferse/Fußnägel:	iO	Zehenzwischenräume:	k.B.	Hautzustand:	k.B.
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.	ggf. Ödeme:	k.B.
Wunden:	t.n.z.	Orientierung:	Nicht orientiert.	Schmerzen:	k.B.
DK:	t.n.z.	IKM:	iO		
Atmosphäre:		Bett (auch: höhenverstellbar)	Sehr sauber.	Wandschmuck/Bilder	Persönlich.
Sauberkeit Zimmer / Nachtsiche / Hilfsmittel	Sehr sauber.	Gerüche:	Keine.	Kleidung:	
Nasszelle / WC:	Sehr sauber.	Mobiliar:			
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Die Bewohnerin konnte nicht befragt werden.		Essen:		
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Gottesdienstes):			Pflegerische Versorgung:		
Medizinische Versorgung:			Therapeutische Anwendungen:		
Sollte etwas verbessert werden?			Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:		
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?					
Gesamteindruck / Bewertung:	Die pflegerische Versorgung ist bedarfsorientiert.		+ / -		

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	Anamnese / Biografiearbeit*	Pflegeplanung	Pflegeplanung innerhalb der vorgegebenen Frist erstellt?*	Pflegebericht	Leistungsnachweis / -dokumentation*	Dekubitusrisikokala /-einschätzung*	Lagerungsprotokoll*	Betreuungsplanung und -nachweis	Wundprotokoll / -dokumentation*	Ernährungs- / Trinkprotokoll*	Sturzrisiko*	Förderung der Hamkontinenz*	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	k.B.	2	k.B.	2	2	t.n.z.	t.n.z.	2	t.n.z.	2	k.B.	k.B.	2	2	2	2	t.n.z.	2	1	k.B.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	1	1,3	
	<p>Die erste Anamnese liegt ausgedruckt vor - der alte Datensatz müsste jedoch in MCC auch noch existieren. E: Die Einrichtung sollte klären, wie die alten Daten durch MCC.Net aufgerufen werden können. Die Bewohnerin nimmt rege an den Veranstaltungen teil (Bingo, Spaziergänge, Andachten). Der Bericht wird nur ergänzt, wenn etwas Auffälliges zu berichten ist. Einmal monatlich wird ein Schmerzprofil erstellt - die Bewohnerin hat keine Schmerzen angegeben. Einmal monatlich werden die Vitalzeichen kontrolliert. Der Medikamentenplan wird digital erstellt und dem Arzt zur Unterschrift vorgelegt. Einmal monatlich werden die verblisterten Medikamente auf Richtigkeit kontrolliert.</p> <p>Die Bewohnerin nimmt an Andachten teil - das "diakonische Bedürfnis" wurde jedoch in der Dokumentation nicht aufgefunden. H: Die Einrichtung muss prüfen, an welchem Ort das spirituelle Bedürfnis verzeichnet werden soll - es ließ sich nicht eindeutig klären, wo es dokumentiert wird.</p> <p>Die befragten Mitarbeiterinnen sind kompetent und auskunftstark. Sie haben den Zustand und den Verlauf gut im Blick.</p>																											
2.	2	2	2	k.B.	2	2	t.n.z.	t.n.z.	2	2	2	2	k.B.	2	2	2	2	t.n.z.	2	1	k.B.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	1	1,2	
	<p>Im Pflegebericht werden nur die Auffälligkeiten dokumentiert, so dass sich schnell die wichtigen Ereignisse nachvollziehen lassen. Der gegenwärtige Unterstützungsbedarf lässt sich aus der Pflegeplanung ableiten. Die Erläuterungen der befragten Mitarbeiterinnen sind umfassend.</p>																											
3.	2	2	2	k.B.	2	2	t.n.z.	t.n.z.	2	t.n.z.	2	2	2	2	k.B.	k.B.	2	t.n.z.	2	2	k.B.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	1	1,2	
	<p>Seit 2015 in der Einrichtung; der erste Anamnese gibt den Stand des Versorgungsbedarfes vollständig wieder und entspricht überwiegend dem derzeitigen: ängstlich, orientiert. Aufgrund der "übergaberelevanten Informationen", die auf der Stationsliste als gelbes Warndreieck ersichtlich sind, lassen sich akute Ereignisse erkennen und aufrufen.</p>																											

		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	
5.		2	2	2	k.B.	2	k.B.	2	2	2	2	2	t.n.z.	2	2	2	2	2	2	t.n.z.	2	2	2	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	2	1,0
		Seit 2007 in der Einrichtung - eine aktuelle Anamnese liegt vor, die Anamnese der Aufnahme ist bereits archiviert. Ein aktuelles Wundfoto (Dekubitus) vom 16.05.2017 ist vorhanden - 1 x pro Monat und bei Verschlechterung erfolgt eine Wundfotografie; die Wunddokumentation ist aktuell (31.05.2017). Die Dekubitusrisikoeinschätzung in MCC vom 11.03.2017 ist aktuell, eine Beratung der Angehörigen ist nachweislich erfolgt. 1 x monatlich wird ein Trinkprotokoll für zur Kontrolle der aktuellen Trinkmenge über 3 Tage geführt. Ein Ernährungsprotokoll ist derzeit nicht notwendig, da keine Auffälligkeit - Gewicht konstant. Vitalzeichnekontrolle erfolgt 1 x mon. und b.B.. Aktuell keine Bedarfsmedikation bzgl. Schmerzen notwendig, aktuelle Schmerzerhebung 1x mon. liegt vor nach BESD - derzeit schmerzfrei. Spirituelle Bedürfnisse sind im Biografiebogen sehr gut und umfangreich vermerkt (Wünsche nach Andachten, Kontakt zu Gemeinden, gemeinsames Beten).																											
6.		2	2	2	2	2	2	t.n.z.	t.n.z.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	t.n.z.	2	2	2	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	2	1,0
		2	2	2	2	2	2	t.n.z.	t.n.z.	2	t.n.z.	2	2	2	2	2	2	2	2	t.n.z.	2	2	2	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	2	1,0

5 Zusammenfassung

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

Die Einrichtung präsentiert sich in allen begangenen Fluren, Räumen, Bewohnerzimmern und Funktionsräumen sehr sauber, ordentlich und angenehm. Automatische Duftspender verbreiten angenehme Gerüche. Die einzelnen Bereiche sind farblich unterschiedlich gestaltet, zahlreiche Bastelarbeiten und Bilder an den Wänden vermitteln Lebendigkeit. Die Orientierung fällt jedoch auch den Auditoren, aufgrund der verwinkelten Bauweise, zeitweise schwer. Der parkähnliche Garten und die Terrasse sind sehr ansprechend gestaltet und bieten einladende Sitzmöglichkeiten, diese werden durch die Bewohner und Besucher gerne genutzt. Bei warmem Wetter wird ein Caféangebot draußen ermöglicht.

An diversen Punkten in der Einrichtung sind Händedesinfektionsmittelspender aufgehängt – diese lassen, neben weiteren Maßnahmen, die Teilnahme an der „Aktion saubere Hände“ erkennen.

Das Qualitätsmanagementhandbuch wurde kontinuierlich weiterentwickelt. Es ist sehr verständlich aufgebaut, gut strukturiert und intuitiv bedienbar. Zahlreiche Verfahrensanweisungen sind gut strukturiert, flüssig beschrieben und den Kriterien richtig zugeordnet (z.B. Umgang mit Bewohner-/Patienteneigentum, Arbeitsschutz, Wartung- und Kontrollsysteme). Einzelne Verfahrensanweisungen enthalten Kriterien, die nicht in der richtigen Kategorie stehen. So finden sich einige Maßnahmen als Struktur- und/oder Ergebniskriterium wieder (z.B. Einarbeitung neuer Mitarbeiter, Ausbildung, Pflegedokumentationssystem, Mitwirkung bei ärztlicher Diagnostik und Therapie, Umgang mit Medikamenten und BTM, Umgang mit freiheits einschränkenden Maßnahmen, Verhalten in Notfallsituationen, Fort- und Weiterbildung). In den Expertenstandards aufgeführte mitgeltende Dokumente haben zum Teil noch die alten Nummerierungen aus der Diakonie Siegel-Pflege Version 2 und müssen entsprechend angepasst werden (z.B. Dekubitusprophylaxe). Das Risikomanagement muss im Bereich des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe - hinsichtlich der Risikoerhebung unmittelbar nach der Aufnahme - konkret beschrieben werden (wie im Sturzmanagement). Bei der nächsten Bearbeitung sollten alle Verfahrensanweisungen mittels Suchfunktion gescannt und der „e.V.“ beim Diakoniewerk Bethel herausgenommen werden.

Die Managementbewertung ist gut nachvollziehbar. Die Einrichtung wird mit ihren Stärken und Verbesserungspotentialen deutlich dargestellt. Hierzu gehören u.a. die Probleme, welche die Fluktuation unter den Mitarbeitenden nach sich ziehen (vgl. bspw. die Ziele und Maßnahmen in Kapitel 7 der Managementbewertung). Die gesehenen Ziele in der Managementbewertung sind nachmessbar und überprüfbar formuliert. Vereinzelt werden die in der Anlage 2 zur Managementbewertung vorgegebenen Bewertungen noch nicht umgesetzt.

Die Personalakquise und –bindung stellt für die Einrichtung eine besondere Herausforderung dar. Zur Fachkräftegewinnung geht die Einrichtung mit hohem Engagement neue innovative Wege. So konnte beispielsweise Wohnraum für Fach- und Leitungskräfte organisiert werden.

Das Risikomanagement wird ausführlich beschrieben, bewertet und in der Pflege sehr gut umgesetzt. Bei vorhandenen pflegerischen Risiken werden Maßnahmen geplant und die Betroffenen beraten. Fallbesprechungen werden nachweislich durchgeführt – die gesehenen Fälle waren aussagekräftig. Skalen (z.B. Bradenskala) sind nicht mehr im Gebrauch, die Risikobewertung erfolgt durch die klinische Bewertung des Fachpersonals. Verbesserungspotentiale sind durch die Auswertung der Pflegevisiten bekannt und werden mittels Schulungen vermittelt. Teilweise ist die Wirksamkeit der Schulungen begrenzt, was nicht zuletzt durch die hohe Fluktuation begründet ist.

Eine Mitarbeiterin ist als Palliativfachkraft qualifiziert und arbeitet sehr engagiert. Sie steht allen Kollegen, Bewohnern aber auch Angehörigen professionell und beratend zur Seite. Darüber hinaus kooperiert das Seniorenzentrum mit einem Hospiz.

Im Bereich der Technik (z.B. Wartung der Medizinprodukte) wird das Risikomanagement gerade wieder auf „neue Füße“ gestellt.

Seit kurzem bietet das Seniorenzentrum den Bewohnern und Mitarbeitern wieder eine eigene und qualitativ hochwertige Küche an, nachdem es zuvor fluktuationsbedingt zeitweise zu Einschränkungen kam.

Um das diakonische Profil weiter auszubauen, muss die Übersicht der Pastoren und Gemeinden auf den Wohnbereichen ausgehangen und die Beratungsangebote für die Mitarbeiter im Dienstzimmer sichtbar angebracht werden. Aussegnungen werden derzeit auf Wunsch ver-

mittelt, die Mitarbeiter selbst führen keine Aussegnungen durch. Dies sollte durch entsprechende Schulungen ermöglicht werden. Ethische Fallbesprechungen werden durchgeführt, jedoch nicht dokumentiert – dies muss perspektivisch erfolgen.

Der Dienstplan wird auf einigen Wohnbereichen (z.B. beschützter Bereich) zwei Wochen vor Inkrafttreten veröffentlicht, in anderen Wohnbereichen (Wohnbereich 1) acht Wochen im Voraus. Dies muss entsprechend der Bethelkonventionen mindestens vier Wochen vor Gültigkeit erfolgen.

Alle gesehenen Bewohner wurden pflegerisch sehr gut versorgt. Die Bewohner, die befragt werden konnten, äußerten sich sehr zufrieden über ihre pflegerische Versorgung und die Betreuungsangebote.

Die Dokumentation befindet sich derzeit in Überarbeitung. Eine neue Anamnese wurde vor kurzem eingeführt, diese ist sehr verständlich. Die Pflegedokumentation spiegelt systematisch den Verlauf des Pflegeprozesses wider - wichtige Themen sind vermerkt. Die Steuerung der Pflegeplanungen wird durch die Pflegefachkräfte gewährleistet - in den gesehenen Fällen war die Dokumentation umfassend, wenn es auch teilweise aufwendig war, bestimmte Fragen durch die Dokumentation zu beantworten, da sich Einträge, Daten und Fakten nicht sofort nachvollziehen ließen. Der Sachstand und die Verbesserungspotentiale konnte jedoch jederzeit von den Mitarbeitern dargelegt werden, so wurden die Lücken kompensiert. Reaktionen der betroffenen Bewohner auf Maßnahmen (z.B. Sturz, Schmerz) waren nicht immer auffindbar. Die Erläuterungen des befragten Fachpersonals waren bezüglich des gegenwärtigen Zustandes der Bewohner umfassend.

Ein Plan ("To do 2017") legt fest, wann bestimmte Themen (u.a. Dokumentationsthemen) durch die Leitungen zu erledigen sind - wie u.a. auch die Überprüfung der Risiken bei den Bewohnern (Ernährung, Schmerzen, Einfuhr).

Es muss geklärt werden, wo zukünftig der Aspekt „Spiritualität“ dokumentiert wird - teilweise sind ältere Dokumente diesbezüglich informativer. Die Einrichtung muss klären, wie die alten Datensätze in MCC aufgerufen werden können. In einer Akte hat die Unterschrift des Arztes bei einem Medikament gefehlt. Verläufe müssen abgeschlossen werden.

Die sehr guten bis 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)				
		15	16	17	15	16	17	15	16	17	15	16	17	15	16	17	15	16	17	15	16	17		
SZMÜ	31.5.-1.6.2017	1		1	1	-	1	-	2		2	1	-	1-2	1	-	1	1	-	1	-	1,1		1,2

* 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 erhält.

Berlin, 25.08.2017

Andreas Dietel, Henrike Zander

Anhang

**Anhang 1 – Interne Revision in Medizin und Pflege, Seniorenzentrum Bethel
München (SZMÜ), 31.05. – 01.06.2017 _____ 46**

Anhang 1 – Interne Revision in Medizin und Pflege, Seniorenzentrum Bethel München (SZMÜ), 31.05. – 01.06.2017

<p>Allgemeines:</p>	<p>Auditoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frau Klatt, SZFR - 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 bereits archivierte Unterlagen ermöglicht werden (z.B. Pflegevisiten- / Fallbesprechungsprotokolle, Auditprotokolle).</p> <p>Alle Auditoren werden im Verlauf der Internen Revision Bewohner besuchen. Die sechs bis zehn Bewohner werden am Morgen als Zufallsstichprobe ausgewählt (bspw. mit FeM, Risikofaktoren, Soziale Betreuung, Betreuung nach §87b, Veränderungen seit Einzug der Bewohner – Anpassung der Planungen und Maßnahmen).</p>
<p>1. Tag:</p>	<p>Darstellung der Einrichtung anhand der ausgewählten Kriterien des Prüfkataloges / Nachweisdokumente / Dokumentationsvisiten</p> <p>9.00 – 9.05 Uhr Auswahl der Stichprobe aus der Gesamtanzahl der Bewohner (→ Einverständniserklärungen)</p> <p>9.05 – 9.20 Uhr Gesetzliche Rahmenbedingungen / Aktuelle Themen Unterlagen: Managementbewertung etc. Gesprächspartner: HG / GF / PDL / stv. PDL / 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 – 11.25 Uhr Schwerpunkthemen 2015 – Diakonisches Profil inklusive Begehung der Einrichtung zum Diakonischen Profil (ca. 30 Minuten zum Ende dieses Blocks). Unterlagen / Medien: QM-Handbuch im Intranet, Flyer, Protokolle etc. Schwerpunkte: Allgemeines, Kooperationen mit Gemeinden und Hospiz, (anonymes) Beratungsangebot für Bewohner, Angehörige und Mitarbeiter, Fortbildungsprogramm, Sonstige Angebote für Bewohner, Angehörige und Mitarbeiter, Konzepte und VA zur Begleitung und Versorgung Sterbender. Gesprächspartner: HG, PDL, QB, Seelsorgehelfer, ggf. Hospizmitarbeiter, sowie ggf. weitere Gesprächspartner.</p> <p>11.35 – 12.30 Uhr Weitere Schwerpunkthemen 2015 Unterlagen / Medien: QM-Handbuch im Intranet, Flyer, Protokolle etc. Schwerpunkte: Fort- und Weiterbildungsmanagement (Zusammenarbeit mit den Ausbildungsstätten: Vermittlung der Nationalen Expertenstandards, Pflegeprozess), Umgang mit Ergebnissen der Mitarbeiterbefragungen, Fehlermanagement / Beschwerdemanagement, Projekt Springerpool, Entbürokratisierung der Pflegedokumentation, Zentrale Werbeaktion (Wirkungen, Rückmeldungen, Kommunikation)</p>

	<p>Gesprächspartner: HG, PDL, QB, Fortbildungsbeauftragter, Praxisanleiter, Auszubildender sowie ggf. weitere Gesprächspartner.</p> <p>12.30 – 13.15 Uhr Mittagspause</p> <p>13.20 – 14.20 Uhr Risikomanagement Unterlagen / Medien: Intranet, Risikoerfassung, Expertenstandards (Erstgespräch / Aufnahme), Pflegevisiten – Integrationsvisite / Routinepflegevisite (Plan, Durchführung, Ergebnisse, Maßnahmendurchführung, Erfolgskontrolle) Schwerpunkte: Risikoerfassung, Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen (→ u.a. Expertenstandards), Auswertung der Daten, Präsentation. Gesprächspartner: HG, PDL, QB, Sicherheitsbeauftragte / Hygienebeauftragte, WBL, ggf. Experten zum Sturz, zur Ernährung, zum Dekubitus, zu chronischen Wunden, zur Inkontinenz, Demenz etc.</p> <p>14.25 – 15.25 Uhr Sicherheit Unterlagen / Medien: MCC, Intranet, Protokolle / papiergestützte Dokumentation. Schwerpunkte: Audits (Fehlermanagement, Wartung- und Kontrolle, Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen, Hygienemanagement, Arbeitsschutz: Plan, Durchführung, Ergebnisse, Maßnahmendurchführung, Erfolgskontrolle) Gesprächspartner: HG, PDL, QB, Sicherheitsbeauftragte / Hygienebeauftragte, Wartung- und Kontrolle - Technik.</p> <p>15.30 – 16.25 Uhr Dokumentationsvisite - Durchsicht stichprobenartig auf den Wohnbereichen ausgewählter Bewohnerakten Schwerpunkte: Dekubitusmanagement, Schmerzmanagement, Ernährungsmanagement, Kontinenz, Sturzmanagement, Wundmanagement, FeM, Betreuungsleistungen, Aussagekraft der Verlaufsberichte – Zusammenarbeit der Berufsgruppen, Medikamentenmanagement, Prospektive Festlegung von Dokumentationsintervallen Gesprächspartner: Ergibt sich nach Bedarf</p> <p>16.30 – 16.45 Uhr Auditorenzeit: Abstimmung / Durchsicht von Nachweisen, des Maßnahmenplans mit stichprobenartiger Kontrolle der Umsetzungen der Empfehlungen / Hinweise des letzten Revisionsberichtes / des Zertifizierungsberichtes.</p> <p>16.50 – 17.00 Uhr Zwischenergebnis Tag 1</p>
<p>2. Tag</p>	<p>Inaugenscheinnahme ausgewählter Bewohner / Dokumentationsvisite / Nachweisdokumente / Begehungen</p> <p>9.00 – 9.15 Uhr Klärung von Fragen / Ausblick auf den Tag Gesprächspartner: - HG / GF / PDL / ggf. stv. PDL / QMB.</p> <p>9.20 – 11.30 Uhr Inaugenscheinnahme ausgewählter Bewohner (→ Einverständniserklärung)</p> <p>11.40 – 12.25 Uhr Auditorenzeit: Abstimmung / Durchsicht von Nachweisen, des Maßnahmenplans mit stichprobenartiger Kontrolle der Umsetzungen der Empfehlungen / Hinweise des letzten Revisionsberichtes / des Zertifizierungsberichtes.</p> <p>12.30 – 13.15 Uhr Mittagspause</p>

13.20 – 15.20 Uhr

Begehung ausgewählter Abteilungen und Wohnbereiche

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.

16.20 – 16.30 Uhr

Abschlussbesprechung mit allen Teilnehmern und Interessierten / Rückmeldung an die Auditoren

A. Dietel, Referat Produkte