

Scheve Management
Geschäftsbereich Produkte

Seniorenzentrum Bethel Friedrichshain:
Interne Revision in Medizin und Pflege
vom 22.01.-23.01.2020

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

Bericht im Auftrag des Gesellschafters

Auditorengruppe:
Andreas Dietel, Elisabeth Seibert, Henrike Zander



GESUNDHEITSWERK
BETHEL BERLIN

Inhalt

1	EINLEITUNG	1
1.1	METHODIK DER INTERNEN REVISION IN MEDIZIN UND PFLEGE DES GESUNDHEITSWERKES BETHEL BERLIN	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	7
3.1	MAßNAHMENPLAN	7
3.2	FÜHRUNGSPROZESSE	7
3.2.1	<i>Führung, Politik und Strategie</i>	7
3.2.2	<i>Personal</i>	10
3.2.3	<i>Qualitätsmanagementsystem</i>	13
3.2.4	<i>Sicherheit</i>	13
3.3	KERNPROZESSE	16
3.3.1	<i>Pflege</i>	16
3.3.2	<i>Beratung und Betreuung</i>	19
3.3.3	<i>Verpflegung</i>	20
3.4	UNTERSTÜTZUNGSPROZESSE	20
3.4.1	<i>Vertragswesen</i>	20
4	BEGUTACHTUNGEN	21
4.1	BEGUTACHTUNGEN VON WOHNBEREICHEN	21
4.1.1	<i>Wohnbereich 3</i>	21
4.1.2	<i>Wohnbereich 2</i>	24
4.2	BEGUTACHTUNGEN VON BETREUTEN.....	27
4.2.1	<i>Bewohnerin 1</i>	27

4.2.2	<i>Bewohner 2</i>	28
4.2.3	<i>Bewohnerin 3</i>	29
4.2.4	<i>Bewohnerin 4</i>	30
4.2.5	<i>Bewohner 5</i>	31
4.2.6	<i>Bewohnerin 6</i>	32
4.3	ÜBERPRÜFUNG DER DOKUMENTATION.....	33
5	ZUSAMMENFASSUNG	35
	ANHANG 1	39

Abkürzungsverzeichnis

A	PDCA - Act-Schritt (Anpassung der Maßnahmen bei Zielabweichungen)
A	Abweichung – das Qualitätsmanagementsystem entspricht an dieser Stelle nicht den Anforderungen. Abweichung muss zeitnahe bzw. nach Absprache zur nächsten Revision behoben werden.
ACH	Abdominal-Chirurgie
ÄD	Ärztlicher Direktor
ADM	Antidekubitusmatratze
AG	Arbeitsgruppe
AO	Gebräuchliche Abkürzung für ‚Ärztliche Anordnung‘
AQUA-Institut	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen
ASA	Arbeitssicherheitsausschuss
Assessment	Hier verstanden im Sinne einer systematischen Einschätzung einer Sachlage: Datenerhebung – Messen, Wiegen, Schätzen, Begutachten – nach Leitfaden mit anschließender Analyse der Daten (sowie Festlegung der sich aus der Bewertung ableitenden Maßnahmen)
ATS	Anti-Thrombose-Strümpfe
AVK	Arterielle Verschlusskrankheit
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften
AZ	Allgemeinzustand
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
BMI	Body-Mass-Index – errechnet sich aus dem Körpergewicht und der Größe. Mit Hilfe des BMI werden Aussagen zum Ernährungszustand getroffen.
BQS	Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung
BS	Behandlungsschema
BTM	Betäubungsmittel
BW	Bewohner
BZ	Blutzuckerspiegel
C	PDCA - Check-Schritt (Überprüfung der Zielerreichung)
CIRS	‚Critical Incidence Reporting System‘ – ein anonymes Meldesystem über Beinahe-Unfälle
D	PDCA - Do-Schritt (Durchführung)
DA	Dienstanweisung
div.	Diverses
DK	Dauerkatheter
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DS-Pflege od. DSP	Diakonie-Siegel Pflege
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
GwB	Gesundheitswerk Bethel Berlin
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. M-KIS der Fa. Meierhofer, das im Gesundheitswerk Bethel Berlin im Einsatz ist)
KL	Krankenhausleitung
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
KVP	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess
LA	Lebensaktivitäten (aus: Pflegemodell nach Roper)
LK	Leistungskomplexe
Ltg.	Leitung (Gruppenleitung, Abteilungsleitung etc.)
MA SD	Mitarbeitende Sozialdienst
MCC / M-KIS	Elektronisches Krankenhausinformationssystem der Fa. Meierhofer
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
Med. GF	Medizinischer Geschäftsführer
MRSA	„Methicillin-resistent Staphylococcus aureus“
N	Nachweis
NES	Nationale Expertenstandards des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)
NT	Neues Testament
ORIS	
P	PDCA - Plan-Schritt
Pat.	Patient
PDBE	Pflegedienst Bethel Berlin
PDCA-Zyklus	‚Plan-Do-Check-Act‘-Zyklus, steht für die Planungsschritte (Plan), Durchführungsschritte (Do), Überprüfungs- (Check) und Anpassungsschritte (Act) innerhalb eines Gesamtprozesses
PDL	Pflegedienstleitung

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

1 Einleitung

1.1 Methodik der Internen Revision in Medizin und Pflege des Gesundheitswerkes Bethel Berlin

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

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

Anlassbezogen nehmen die Revisionen 1 – 3 Tage in Anspruch. Sie werden durch drei Auditoren des Gesellschafters durchgeführt. Die Revisionen beinhalten die Begehung der Einrichtung, die Visitation von Bewohnerinnen und Bewohnern und Patientinnen und Patienten, die Begutachtung der Bewohner-/Patientenakte¹ sowie des Qualitätsmanagementhandbuchs und seiner Regelungen. Die Ergebnisse werden abschließend von den Auditoren vorgestellt und anschließend in Form des vorliegenden Berichtes an die Führungskräfte der Einrichtungen versandt.

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

Während im ersten Halbjahr die Revisionen der Bethel-Einrichtungen durchgeführt werden, stehen im zweiten Halbjahr die Ergebnisse auf der Agenda des GwB. Auf den Konferenzen der Führungskräfte aller Einrichtungen werden die Ergebnisse verglichen, diskutiert und Maßnahmen / Planungen für das darauf folgende Jahr vorgestellt. Die Ergebnisse des Vorjahres stellen die Basis für die jeweils nächste Revision dar.

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

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

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

Für das Krankenhaus Bethel Berlin und die beiden Geriatrischen Rehabilitationskliniken in Trossingen und Welzheim entschied sich der Gesellschafter für die Zertifizierung nach KTQ® (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen), für die Seniorenzentren und Pflegedienste des GwB 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 GwB 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 GwB 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 GwB mit ihren Stärken, aber auch mit allen ‚Ecken und Kanten‘ darzustellen und dem Informationsbedürfnis der Interessenten entgegenzukommen, werden bereits seit Anfang 2008 alle internen wie auch alle von der Heimaufsicht (im Folgenden: HA) und dem MDK erstellten Berichte im Internet vollständig veröffentlicht, obwohl sie dem Leser wegen ihres Umfangs ein gewisses ‚Durchhaltevermögen‘ abverlangen.

1.2 Kriterienauswahl

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

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

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

Aufgrund der seit Jahren stabilen Ergebnisse auf hohem Niveau (vergleiche die Qualitätsberichte des Konzerns der letzten Jahre unter <https://www.bethelnet.de/ueberuns/qualitaetsentwicklung.html>) 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

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 Zander, SMG
3. Frau Seibert, SZLI

Gesprächspartner der Einrichtung:

1. Herr Reusch, HG
2. Frau Schütz, GF PDL
3. Frau Krentz, QB
4. Frau Teske, SozD
5. Frau Steinke, sPDL/WBL 3
6. Frau Mahlkow, WBL 4
7. Frau Schneider, WBL 1
8. Herr Klein, PFK
9. Frau Ramoth, BTA

Wann wurde die Einrichtung zuletzt von anderen Qualitätsprüfungsinstitutionen besucht

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

Name der Einrichtung:	Seniorenzentrum Bethel Friedrichshain gGmbH
Gesellschafter:	Gesundheitswerk Bethel Berlin gemeinnützige GmbH
HG:	Peter Reusch
PDL / Geschäftsführerin:	Nicole Schütz
Stv. PDL:	Lilli Steinke
QMB:	Anne Krentz

Seit wann besteht die Einrichtung?

1959

Welche Zusatzleistungen / Spezialisierungen werden von der Einrichtung angeboten?

- 1. (...)
- 2. (...)
- 3. (...)
- 4. (...)
- 5. (...)
- 6. (...)
- 7. (...)
- 8. (...)
- 9. (...)

Art der Einrichtung und Versorgungssituation

Bettenanzahl: 100

Aktuelle Belegung: 99

Auslastung in %: 99,00%

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

		Monat
a.	Wachkoma	0
b.	Beatmungspflicht	0
d.	Dekubitus	2
c.	Blasenkatheter	11
e.	PEG-Sonde	1
f.	Fixierung	3
g.	Kontraktur	11
h.	Vollständige Immobilität	12
i.	Tracheostoma	0
j.	MRSA	0

Struktur der Wohn- und Pflegebereiche / Stationen													
Wohnbereich / Stationen	geht über Ebenen		Anzahl Wohnplätze / Betten				Belegung / Versorgung Gesamt	davon nach SGB XI eingestuft in Pflegegrade					nicht eingestuft
	1	>1	1	2	3	>3		1	2	3	4	5	
1			6	6			12	0	5	2	4	1	
2			16	12			28	1	6	2	15	4	
3			18	12			29	0	9	6	13	1	
4			18	12			30	0	7	12	7	4	
Gesamt:				100			99	1	27	22	39	10	0

3 Prüfkatalog Diakonie-Siegel Pflege, Version 3²

3.1 Maßnahmenplan

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

3.2 Führungsprozesse

3.2.1 Führung, Politik und Strategie

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 1.1 Diakonisches Einrichtungsleitbild, F_1_1_1_VA_v2_ Führungsgrundsätze, F 1_1_2_FM_v5_Verhaltensregeln für Mitarbeitende, F 1_1_2_FM_v4_MA-Knigge	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die in der Anforderung gestellten Fragen werden in anderen Verfahrensanweisungen beantwortet - wie bspw. In der zur Begleitung freiwillig Engagierter, F 2.12.	

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

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 1.1.1 Führungsgrundsätze	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Aus der Checkliste Begrüßungsmappe geht nicht hervor, ob die „Leistungs- und Führungsgrundsätze Leben und Arbeiten“ ebenso wie die „Richtlinie Arbeiten in christlicher Verantwortung“ ausgeteilt oder thematisiert wird.	Die Führungsgrundsätze sollten ebenso ausgeteilt werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 1.2 Qualitätspolitik und Qualitätsziele v13, F 1_2_2_FM_v6_Maßnahmenplan, F 1_2_1_FM_v5_QM-Kalender	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Ideen der Mitarbeitenden werden aufgenommen - im Rahmen von Jahresgesprächen, der Managementbewertung, im Rahmen der "Meinungskarten" oder persönlicher Gespräche. Gute Vorschläge können auch prämiert werden. Kriterien für die Höhe der Boni sind festgelegt. N: Bonussystem SZFR	E: Das Ideenmanagement sollte deutlicher im Qualitätsmanagementhandbuch abgebildet werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 1.4 Leistungsbeschreibung v7	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Einrichtung kooperiert mit einer Gemeinde des BEFG.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 1.5 Managementbewertung v6, F 1_5_2_FM_v5_Kennzahlenerfassung, F 1_5_3_1_FM_v6_Managementbewertung, F 1_5_4_F_v2_Projekt	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Qualitätsbeauftragte führt den zentralen Maßnahmenplan, auf den alle leitenden Mitarbeitenden Zugriff haben. Die Maßnahmenpläne werden bei unterschiedlichen Sitzungen thematisiert und die Kontrolle der Umsetzung der Maßnahmen wird regelmäßig durchgeführt. F: Die Leitenden übermitteln die Nachricht der Abarbeitung von Maßnahmen an die Qualitätsbeauftragte, die die Nachricht einträgt - mit Datum der Abarbeitung. N: Zentrale Maßnahmenpläne, Maßnahmenplan 2020 - Stand 16.1.2020	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 1.5 Managementbewertung v6, F 1_5_2_FM_v5_Kennzahlenerfassung, F 1_5_3_1_FM_v6_Managementbewertung, F 1_5_4_F_v2_Projekt	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Die Einrichtung führt eine Liste von Interessenten, die gerne (sofort oder später) in der Einrichtung ihren Lebensabend verbringen wollen.</p> <p>F: 2019 sind 37 neue Interessenten in die Einrichtung eingezogen.</p> <p>F: Bei der jährlichen Befragung der Bewohnerinnen und Bewohnern beantworten zunehmend Angehörige die Fragen, so dass nicht immer klar ist, wer sich im Rahmen des Fragebogens äußert.</p> <p>F: Beschwerdemanagement - 20 Beschwerden sind bei der Qualitätsbeauftragten eingegangen.</p> <p>F: Fehlermanagement - 127 Fehler wurden 2019 erkannt und dokumentiert.</p> <p>F: Fehler und Beschwerden werden im Rahmen der Leitungsrunden regelmäßig thematisiert.</p> <p>F: Im Rahmen des Einzugs der Betreuten in die Einrichtung wird eine Fallbesprechung zur Integration abgehalten.</p> <p>F: Ergebnisse aus der Anfang des Jahres durchgeführten MDK-Prüfung sind bereits in die Managementbewertung eingeflossen.</p> <p>F: Die Wirksamkeit des Risikomanagements ist in der Zusammenfassung bewertet und wird als wirksam eingeschätzt.</p>	
<p>F: Die Einrichtung hat ein Instrument zur Risikobewertung entwickelt. 2020 stehen zwei Risiken im Fokus und werden regelmäßig auf den Leitungssitzungen bewertet.</p> <p>F: Die Fachkraftquote bleibt in Berlin ein Thema, da Fachkräfte nicht in der Höhe eingestellt werden können, wie sie gebraucht werden.</p> <p>F: Die Brandschutzbegehung hat stattgefunden und wird ausgewertet. Das Verbesserungspotential wird im Mai dieses Jahres "behooben" sein.</p> <p>F: Gut: Pflegevisiten: Geplant werden die Pflegevisiten durch die GF PDL ebenso die Kontrolle der Umsetzung. Die QM-Beauftragte wertet die Pflegevisite aus. Die Visiten werden durch die Wohnbereichsleitungen jeweils auf anderen Wohnbereichen durchgeführt und diese geben auch die Daten ein.</p> <p>F: Bei den Auswertungen zeigen sich Verbesserungspotentiale, die aufgrund von personellen Qualifizierungsproblemen auftraten. Die Situation hat sich deutlich gebessert, wurde im Risikomanagement behandelt und schlägt sich im Ergebnis besserer Pflegevisiten durch.</p> <p>F: Arbeitsschutz: Arbeitsschutzbegehung hat stattgefunden, erste Maßnahmen wurden durchgeführt, der Bericht der Begehung steht noch aus. Es gab keine Fragen, die in der Einrichtung geklärt werden mussten. Zwei Unfälle auf dem Weg zur Arbeit sind dokumentiert.</p> <p>F: Unterweisungen zum Arbeits- und Brandschutz wurden von der kooperierenden Firma für diese Themen durchgeführt.</p>	<p>H: Bei der Risikomatrix muss die Trennschärfe von Chancen und Risiken deutlicher werden. Die Berechnung der Risikoprioritätzahl muss geprüft werden.</p> <p>E: Die Zusammensetzung des Bewertungsteam sowie die Frequenz der Bewertung sollte eindeutiger beschrieben werden.</p>

3.2.2 Personal

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.1 Stellenplan V3, F 2_1_2_FM_v2_Sollstellenplan_Erfassungsformular, F 2_1_1_FM_v3_Personalermittlungstabelle	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Mustervorlagen sind verständlich. Der Prozess wird durch sie abgebildet.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.5 Stellen- und Aufgabenbeschreibung , F 2_5_1_1_SB_v4_Pflegedienstleitung, F 2_5_1_3_SB_v7_Wohnbereichsleitung, F 2_5_1_6_SB_v7_Pflegehelfer, F 2_5_1_12_SB_v6_Küchenhelfer, F 2_5_1_17_SB_v7_MA Rezeption, F_2_2_3_v7_Checkliste_Einstellungsverfahren_Verwaltung	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Zu allen im Organigramm aufgeführten Stellen und Beauftragungen liegen Stellen- und Aufgabenbeschreibungen vor. Anhand der Versionsstände lässt sich die kontinuierliche Aktualisierung der Stellenbeschreibungen ableiten.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.6 Einarbeitung neuer Mitarbeiter V5, F 2_6_3_FM_v4_Einarbeitungscheckliste nicht ex Pflegekräfte, F 2_6_1_FM_v10_Einarbeitungscheckliste neuer MA allgemein	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: In den Stellenbeschreibungen wird auf das Diakonische Profil eingegangen, indem auf die Identifikation des Mitarbeitenden mit dem diakonischen Auftrag der Einrichtung und seinem Pflegeleitbild Bezug genommen wird. Das Austeilen der Bibel zum ersten Arbeitstag oder die Überreichung der Willkommensmappe mit der Richtlinie „Arbeiten in christlicher Verantwortung“ ist in den Dokumenten zur Anforderung festgelegt.	
F: Es gibt im SZFR eine allgemeine Einarbeitungscheckliste und spezifische Checklisten für die unterschiedlichen Aufgabenbereiche. Zu Beginn erhält jeder Mitarbeitende laut Checkliste eine Bibel ausgehändigt.	E: Die Einrichtung sollte prüfen ob der Prozess alle notwendigen Erstunterweisungen (z.B. Gefahrstoffe, Medizinprodukte, Biostoffe) und Betriebsarztuntersuchungen vor Arbeitsaufnahme abbildet.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.7 Ausbildung v4, F 2_7_2_v3_Protokoll über die gezielte Anleitung	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Praxisanleitende wurden 2019 hinsichtlich der "Generalistik" geschult. Sie werden für die Begleitung der Auszubildenden im Dienstplan freigestellt. F: Vier Auszubildende plant das SZFR 2020 einzustellen. Vorbereitungen der Generalistik haben begonnen in Zusammenarbeit mit der Wannseeschule.	
F: Sonderzeiten für Praxisanleitende werden im Dienstplan ausgewiesen. F: Praxisanleitende werden zur Begleitung aller Auszubildenden herangezogen und besuchen die Praxisanleitertreffen in der kooperierenden Wannsee-Schule.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.8 Fort- und Weiterbildung 4, F 2_8_1_FM_v3_Fortbildungsbedarfsermittlung, F 2_8_2_FM_v3_Fortbildungsplan, F 2_8_3_FM_v4_Teilnahmeliste interne Fortbildung, F 2_8_4_FM_v4_Fortbildungsbewertung,	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Qualitätsbeauftragte ist für die Planung und Kontrolle des Fort- und Weiterbildungsmanagements zuständig. Bedarfe werden sowohl aus den Reihen der Mitarbeitenden als auch aus denen der Einrichtung ermittelt und im Fortbildungsplan dargestellt. F: Pflichtfortbildungen werden für alle Mitarbeitenden in insgesamt fünf Blöcken angeboten und alle Mitarbeitende wurden erreicht. F: Fortbildungen werden auch für Mitarbeitende der Hauswirtschaft angeboten. Bei hoher Fluktuation in einer Berufsgruppe ist die Schulung problematisch. F: E-Learning wird von Mitarbeitenden sehr kritisch betrachtet und ist ein Projekt in der Einrichtung.	H: E-Learning muss perspektivisch implementiert werden.
F: Im Rahmen der Fortbildungen werden Fragen zum Selbsttest für Mitarbeitende erstellt und 2020 zum ersten Mal für die Mitarbeitenden angewendet.	
F: Der Schulungsplan wurde zertifiziert, so dass Punkte für die Teilnahme an die "registrierten Pflegefachkräfte" ermittelt werden können. Insgesamt haben sich 15 Mitarbeitende bzw. Pflegefachkräfte bereits registrieren lassen. Die Kampagne zur Registrierung wurde anfangs skeptisch aufgenommen, inzwischen engagieren sich zahlreiche Mitarbeitende.	
F: Im Rahmen der Pflichtfortbildungen werden fünf Fortbildungstage angeboten und in 2019 nur drei Mitarbeitende durch dieses Angebot nicht erreicht.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.9 Mitarbeitergespräche	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Die Leitenden - Hauptgeschäftsführung, GF PDL - führen die Mitarbeitendengespräche mit jeweils einem Teil der Mitarbeitenden. Die Wohnbereichsleitungen und Küchenleitung führen die Jahresgespräche mit ihren Mitarbeitenden bis spätestens 31.12.2020.</p> <p>F: Themen beziehen sich u.a. auf die Motivation bzw. den Wunsch der Mitarbeitenden, sich beruflich weiterzuentwickeln, Gesundheitsfürsorge usw.</p>	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.11 Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) und Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) v4	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Der Arbeitgeber unterstützt die Mitarbeitenden durch originelle und vielfältige Angebote (z.B. den vierteljährlichen "Obst-Tag", an dem für alle Mitarbeitenden Obst gereicht wird) bei der Prävention.</p>	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.12 Begleitung freiwillig Engagierter v3, F 2_12_1_FM_v3_Tätigkeitsprofil freiwillig Engagierter, F_2_12_2_FM_v3_Übersicht Pflegeprodukte	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Die freiwillig Engagierten sind während ihrer Tätigkeit im Seniorenzentrum versichert.</p> <p>F: 30 ehrenamtliche Mitarbeitende sind im Seniorenzentrum tätig. Seit Jahren hat das Seniorenzentrum eine sehr konstante Zahl an ehrenamtlichen Mitarbeitenden. Die Gespräche mit Interessenten werden in Verantwortung des Sozialdienstes geführt. Mögliche Tätigkeitsbereiche werden erfasst. Durch die Leitung der Betreuung werden ehrenamtliche Mitarbeitende koordiniert bzw. kontaktiert. 2019 fand ein Adventscafe für ehrenamtliche Mitarbeitende statt. Ein Tag des Ehrenamtes findet jährlich statt.</p> <p>F: Führungszeugnis wird angefordert.</p> <p>F: Ehrenamtliche können an Fortbildungen teilnehmen.</p>	<p>E: Die Einrichtung sollte die ehrenamtlichen Mitarbeitenden in die Handhabung von Rollstühlen einweisen, wenn diese Rollstühle schieben.</p>

3.2.3 Qualitätsmanagementsystem

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.1 Aufbau des Qualitätsmanagementsystems v5	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Visiten und die Auswertung der Pflegevisiten und der Audits Brandschutz / Arbeitsschutz / Hygiene waren aktuell. Auswertungen belegen Verbesserungspotentiale und die Wirksamkeitskontrolle.</p> <p>N: FM 1.9.4 Qualitative Auswertung 2019 gesamt.</p>	

3.2.4 Sicherheit

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 4.1 Umgang mit Bewohner- / Patienteneigentum v7, F 4_1_1_FM_v8_Nachlassprotokoll, F 4_1_3_FM_v3_Verwahrgeld	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Kriterien der Anforderung wurden umgesetzt.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 4.2 Arbeitsschutz v10, F_4_2_3_FM_v4_Gefährdungsanalyse	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Die Gefährdungsanalyse wurde im letzten Jahr erstellt - erste Maßnahmen abgearbeitet. Die ganze Analyse wurde im Januar 2020 übermittelt und muss noch Eingang in den Maßnahmenplan finden.</p> <p>F: ASA-Sitzungen finden 1/4 jährlich statt.</p> <p>N: Gefährdungsanalyse, aktualisiert Juni 2019, übermittelt im Januar 2020</p>	
F: Küche: Einweisung in einweisungspflichtige Geräte und Unterweisungen nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) erfolgen.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 4.3 Brandschutz	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Rauchen wird empfohlen nur an vorgesehen Plätzen. F: Die letzte Brandschutzschau war 2015. F: Letzte Brandschutzbegehung war am 21.1.2020. F: Brandschutzhelfer sind ausgebildet, insgesamt sind 20 Mitarbeitende qualifiziert. F: 2020 ist eine Evakuierungsübung geplant.</p> <p>N: Teilnahmeliste Brandschutzhelferschulung 22.11.2018</p>	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 4.4 Wartungs- und Kontrollsystem v9, F 4_4_2_FM_v6_Funktionsüberprüfung medizinischer Geräte, F 4_4_3_FM_v11_Pflegehilfsmittelkatalog, F 4_4_5_FM_v2_Einweisung in Medizinprodukte, F 4_4_6_FM_v2_Prüfung von Leitern,	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Ein Mitarbeiter ist für die Überwachung der Medizinprodukte verantwortlich. Rhythmen und Intervalle wurden festgelegt - die Kooperationspartner kommen auf die Einrichtung zu, um die Medizinprodukte zu überprüfen. F: Der Medizinproduktebeauftragte organisiert die Einweisungen bei Bedarf oder wird von den Anbietern der Medizinprodukte geschult. Danach schult dieser im „Schneeballsystem“ die Mitarbeitenden. F: Legionellenprüfungen finden jährlich statt. Zweimal wurden Legionellen an bestimmten Zapfstellen festgestellt - mit einer Erhöhung der Betriebstemperatur konnte das Problem gelöst werden.</p>	
<p>F: Der Haustechniker macht bei allen neuen, durch Bewohnende mitgebrachten, Geräten eine Sichtprüfung. Eine externe Firma überprüft im festen Prüfrhythmus alle ortsveränderlichen Geräte.</p>	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 4.5 Hygiene , Desinfektionsplan Rotaviren, F_4_5_9_FM_HCS HygieneControlSystem V 01.07, Auszug Hygieneplan SZFR, F_4_5_4_v2_Hygieneplan, F_4_5_10_FM_v1_Desinfektionspläne	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Im Jahr 2019 wurden 60 Hygienevisiten durchgeführt.</p> <p>F: Seit Mitte letzten Jahres hat die Einrichtung eine neue Hygienebeauftragte eingestellt. Es wurden keine Risiken festgestellt. Es gab im letzten Jahr keine Norovirusinfektion und keine weiteren meldepflichtigen Erkrankungen. Aus den einweisenden Krankenhäusern kommen nicht mehr so viele Menschen, die sich während ihres Krankenhausaufenthaltes einen entsprechenden Keim "eingefangen" haben.</p>	
F: Die Reinigung des Konfiskatkühler im Hygieneplan abzubilden - eine Maßnahme aus der Systembegutachtung 2018 - ist noch nicht im Hygieneplan erkennbar.	E: Die Einrichtung sollte die Reinigung des Konfiskatkühlers aufnehmen.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 4.7 Datenschutz - F_4_7_VA_Datenschutzhandbuch_v2, F_4_7_1_FM_v2_Verschwiegenheitserklärung Mitarbeiter	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Das Datenschutzkonzept greift nicht alle Kriterien der Regelung auf.	H: Das Datenschutzkonzept muss alle Kriterien aufgreifen.

3.3 Kernprozesse

3.3.1 Pflege

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.4 Pflegeprozess, Pflegeplanung, Pflegestandards	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>Fr. K., WB 1, Pflegegrad 5: Freiheitsentziehende Maßnahmen; Pflegegrad 5 - wird auf den Therapierollstuhl mittels Gurt fixiert - wg. Alzheimerdemenz unruhige, unkontrollierte Bewegungen, die die Gefahr eines Sturzes aus dem Rollstuhl bedeuten, der verhindert werden soll. Darüber hinaus: Anwendung von ganzseitigen Bettgittern. Ehemann ist Bevollmächtigter - ärztliche Verordnung liegt vor - dies reicht aus laut Vormundschaftsgericht, da keine gewollte Bewegungen vorliegen oder die Betreute mobil wäre und am willentlichen Hinlaufen gehindert würde. Bei unwillkürlichen Bewegungen, die zum Herausfallen aus dem Rollstuhl oder Bett führen könnten, liegt keine freiheitsentziehende Maßnahme vor.</p> <p>F: Schreiben liegt vor.</p> <p>F: Strukturierte Informationssammlung (SIS): Das Phänomen der Mobilität wurde beschrieben, tagesstrukturierende Maßnahmen: erwähnt; Betreuung findet statt - Reaktionen wurden im Pflegebericht beschrieben.</p> <p>N: Schreiben des Amtsgerichtes Tempelhof-Kreuzberg, 3.5.2019</p>	
<p>Fr. K, Pflegegrad 5: BMI 20 - 21 - Betreute isst nicht selbstständig - kalorienreiche Kost. Da zurzeit BMI kleiner als 20, zweiwöchentliches Wiegen.</p>	<p>H: Im tagesstrukturierenden Maßnahmenplan (TMP) muss die Fixierung in den Rollstuhl vermerkt werden.</p>
<p>Hr. K, Schmerzen im rechten Bein - Anamnese liegt vor; kommt mit dem fest angesetzten Schmerzmedikamenten zurecht.</p>	
<p>Fr. T. Sturzmanagement: nach Sturz Beurteilung des Zustandes einmal pro Schicht für 24 Std., Schmerzbeurteilung.</p>	<p>H: Nach Sturz muss in jeder Schicht der RR und der Puls ermittelt werden.</p>
<p>Frau K. F: Aphasie nach Apoplex, Hemiparese recht stark zurückgebildet, stark Adipös (BMI 44), Intertrigo</p> <p>F: Zitate werden in jedem Themenfeld eingesetzt, die Themen Felder bilden gut die Bedarfe, Wünsche ab. Risiken sind entsprechend in den Themenfeldern aufgegriffenen Problembeschreibungen abgebildet. Alle Prophylaxen sind geplant. Beratungen finden statt.</p>	
<p>Frau P. F: nach Sturz im Oktober Fraktur und anschließender Immobilität mit Dekubitusrisiko, ist im Themenfeld der Mobilität beschrieben, es fehlt die Eintragung Risikomatrix und in der Maßnahmenplanung. Bewegungsförderungsplan ist angelegt und die Lagerung erfolgt im 3-4 Stunden-Rhythmus, welcher gut toleriert wird.</p>	<p>H: SIS und TMP müssen bei Änderungen des Pflegezustandes angepasst werden.</p>

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.4 Pflegeprozess, Pflegeplanung, Pflegestandards	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Die Qualitätsindikatoren sind in M-KIS integriert. Die Einrichtung führt vor, wie bestimmte Daten eingegeben werden und wie sie transferiert werden, damit die Daten zum Übermittlungszeitraum an die Datenauswertungsstelle übermittelt werden können.</p> <p>F: Vor dem Stichtag der Datenübermittlung werden alle QPR-Beauftragten die Vollständigkeit der Daten bzw. Qualitätsindikatoren prüfen. Hier: mittels "QPR-Seite" pro Betreuten, dies dauert ungefähr 5 Minuten pro Betreutem.</p>	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.5 Pflegedokumentationssystem	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Die Evaluation der Strukturierten Informationssammlung sowie des tagesstrukturierten Maßnahmenplanes erfolgt nach Festlegung in der Verfahrensweisung.</p> <p>F: Der Pflegeprozess sowie die Verantwortlichen werden in der Verfahrensweisung verständlich in Beziehung gesetzt und beschrieben. Die Evaluation von Maßnahmen wird erläutert.</p>	<p>H: Einzelne Maßnahmen des tagesstrukturierenden Maßnahmenplans können gemäß des überarbeiteten elektronischen Dokumentationssystems M-KIS ebenso zu einem prospektiv gewählten Datum evaluiert werden. Diese Möglichkeit muss in der Regelung beschrieben werden.</p>

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.7 Umgang mit Medikamenten und Betäubungsmitteln (BTM) V4;	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Die Regelung ist umfassend.</p>	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.8 Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen V5, K_1_8_4_FM_v1_Antrag Amtsgericht	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Die Regelung geht auf alle notwendigen Kriterien ein.</p>	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.9 Pflegevisite und fachliche Begleitung von Mitarbeitern	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Pflegevisiten liegen in der Verantwortung der GF PDL. Es finden 1/4 jährlich Auswertungen durch die QMB der Ergebnisse statt. Die Wohnbereichsleitungen führen diese bereichsfern durch und geben die Ergebnisse in die Auswertungsmatrix ein.</p> <p>N: FM 1.9.4 Qualitative Auswertung 2019 gesamt. Aus den Auswertungen werden Verbesserungspotentiale abgeleitet.</p>	<p>E: Die Erfassung der Pflegevisiten über ein mobiles Tablett sollte geprüft werden.</p>

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.11 Pflegeüberleitung V5, K_1_11_1_FM_v4_Checkliste Krankenhauseinweisung, K_1_11_2_FM_v4_Checkliste nach Krankenhausaufenthalt	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Die Checklisten vor Verlegung und nach Rückkehr aus dem Krankenhaus sind ein hilfreiches Instrument für Mitarbeitende, sich in einer Stresssituation dennoch zu orientieren und das Notwendige zur Notverlegung mitzugeben.</p> <p>F: Der Hinweis, dass nach Rückkehr aus dem Krankenhaus die für die Datenübermittlung an die Datenauswertungsstelle (DAS) relevanten medizinischen Diagnosen aktualisiert werden müssen, ist in der Checkliste noch nicht enthalten.</p>	<p>E: Der Hinweis auf die Aktualisierung der medizinischen Diagnosen nach Rückkehr aus dem Krankenhaus - insbesondere bei Frakturen, Herzinfarkt, Apoplex, Amputation - sollte in der Checkliste erfolgen.</p>

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.12 Verhalten in Notfallsituationen V4	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Die Verfahrensanweisung zum Notfall nimmt alle Kriterien der Anforderung auf und schildert die unterschiedlichen Vorgehensweisen verständlich.</p> <p>F: Es gab in der Einrichtung keine Notfälle der genannten Kategorien (medizinisch, pflegerisch, sonstige).</p>	

3.3.2 Beratung und Betreuung

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 2.1 Erstkontakt, Erstgespräch, Beratung; K 2_1_1_FM_v6_Voranmeldung, K 2_1_2_FM_v7_Aufnahme neuer Bewohner SD, K 2_1_3_FM_v4_Voranmeldungsverlauf	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Der Prozess rund um die Erstkontakte, die Erstgespräche und ein sich eventuell anbahnender Einzug des Interessenten in die Einrichtung wird in der Verfahrensweisung umfassend beschrieben.</p> <p>F: Interessenten melden sich überwiegend telefonisch. Die Telefonate werden von der Pforte zum Sozialdienst durchgestellt, bzw. die Telefonnummer für einen Rückruf notiert. Die Anzahl der Erstkontakte wird erhoben. Ein Flyer und eine Preisliste werden bei einem Erstkontakt mitgegeben. Alle Interessenten werden vom Sozialdienst zu einem Erstgespräch eingeladen. Es ist schwierig, die Doppelzimmer (48 DZ) zu belegen.</p> <p>F: Eine Checkliste zum Einzug wird übergeben.</p> <p>F: Vorsorgevollmachten werden kopiert und auf Wohnbereich hinterlegt.</p>	<p>E: Die Einrichtung sollte prüfen, die Grundrisse vom Zimmer auf der Website zu hinterlegen.</p>

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 2.2 Betreuungskonzept (7), K 2.2.2 Begleitung beim Heimeinzug Erstkontakt Soz. Betreuung	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Die Mitarbeitenden des Betreuungsdienstes werden über Neueinzüge bereits einen Tag oder mehrere Tage vorher informiert. Über die ersten Daten (Erstgespräch Sozialdienst) sind die Betreuungsassistenten in der Regel informiert.</p> <p>F: Der Pastor, der gleichzeitig Bewohnerfürsprecher ist, wird über die Wohnbereiche über seelsorgerlichen Bedarf informiert, meistens in den ersten Wochen nach dem Einzug. Bestimmte Themen werden dann in größerem Umfang besprochen und ggf. Probleme gelöst.</p> <p>F: Der Betreuungsdienst ist eine Berufsgruppe mit eigener Leitung, ist aber den Wohnbereichen zugeordnet.</p> <p>F: Dokumentationsbeispiele der Betreuungsassistenten: Nach etwa 10 - 15 Tagen fließen Maßnahmen in den tagesstrukturierenden Maßnahmenplan ein. Darüber hinaus sind im Pflegebericht Reaktionen auf die Angebote und Auffälligkeiten dokumentiert.</p> <p>F: Fünf Betreuungsassistenten arbeiten zurzeit im Haus. Die Mitarbeitenden sind auch am Wochenende im Dienst, in der Regel zwischen 7.30 und 17.30 Uhr.</p> <p>F: Alle Mitarbeitenden nehmen an den Pflichtfortbildungen teil und planen ihren Dienst separat. Die Dienstpläne werden zwei Monate vor Gültigkeit erstellt.</p> <p>F: Zufriedenheitsbekundungen oder Ablehnungen werden direkt durch die Betreuten an die Betreuenden vermittelt. Selten kommt es daher zu Beschwerden.</p> <p>F: Bettlägerige werden ungefähr 3 x wöchentlich besucht.</p>	<p>H: Bettlägerige ohne Angehörige müssen im Fokus der Betreuenden stehen.</p>

3.3.3 Verpflegung

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 3.3 Verpflegung	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Küchenkommission findet alle drei Monate statt. Es gibt darüber hinaus vierteljährlich eine Bewohnerinnen- und Bewohnersprechstunde vom Küchenteam. Meinungskarten liegen aus und können genutzt werden.	

3.4 Unterstützungsprozesse

3.4.1 Vertragswesen

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
U 1.3 Vertragswesen V5	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Der Vertrag wird am Tag des Einzuges unterschrieben.	
F: Gute Übersicht über die Vertragsarten.	

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

4 Begutachtungen

4.1 Begutachtungen von Wohnbereichen³

4.1.1 Wohnbereich 3

Datum:	23.1.2020
Begleitpersonen / Leitungen:	Frau Steinke, Herr 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? Mitarbeitenden 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)*	t.n.z.
	Notfallausstattung*	Verbandskasten 2019 geprüft und versiegelt.
	Funktionskontrolle der Medizinprodukte durch die Mitarbeitenden des Bereiches*	iO
	Beachtung des Datenschutzes*	iO
	Überwachung der Kühlschranktemperatur (dokumentiert?)	iO
F 4.5 Hygiene**	Ausstattung Pflegewagen* / Arbeitsmittel im ausreichenden Umfang (Handschuhe, Händedesinfektionsmittel etc.) vorhanden?*	iO
	Sauberkeit / Pflege der Rollstühle, Lifter und anderer Hilfsmittel*	iO
	Veröffentlichung von Sicherheitsanweisungen, z.B. Verhalten im Notfall*	iO

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

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
	Erforderliche Hygienemaßnahmen bei Isolierten (Schutzkleidung, Hauben, Mundschutz, Handschuhe, Einmalkittel, Wäsche, Abwurf, Reinigung)?*	k.B.
	Umgang mit reinem / unreinem Arbeitsraum / Arbeitsmitteln*	iO
	Lagerungshilfsmittel*	iO
	Lagerung der Verbandsmaterialien / Sterilgut*	iO
	Kleidung der Mitarbeitenden*	iO
	Gesamteindruck Sauberkeit und Hygiene **	Der Wohnbereich ist sehr sauber – Persönliche Schutzausrüstung, wie z.B. Schutzmasken, -kleidung, -handschuhe sind hinterlegt.
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)*	Die kooperierende Apotheke liefert die Medikamente nach Anordnung des Arztes verblistert an.
	Kontrollliste Lagergut und Medikamente*	Monatlich werden die Medikamente auf ihre Haltbarkeit überprüft. Einmal im Quartal führt die Apotheke Kontrollen durch.
	Entsprechen die gestellten Medikamente denen, die der Arzt angeordnet hat (Abgleich Medikamente / Verordnung)?*	iO
	BTM – Buch und Aufbewahrung (Vollständigkeit) / Verblistering / Vier-Augen-Prinzip*	k.B.
K 2.2 Wohnraumgestaltung **	Gestaltung der Gemeinschaftsräume**	iO
	Gestaltung der Außenbereiche - Balkone / Gehwege / Bepflanzungen**	Das Thema, dass sich auf dem WB 3 widerspiegelt, heißt "Maritime Umgebung" - die Wände sind in gedeckten Sandfarben gehalten, einige sind wasserblau. Ölbilder und Dekoration unterstützen das Thema.
	Erscheinungsbild der Flure / Gestaltung der Sitzgelegenheiten / Informationstafeln etc.**	t.n.z.
	Veranstaltungsübersicht**	Sehr sauber. Die Fußböden können ihr Alter nicht verbergen, Türcargen sind abgeschrammt. Die Wände und die Decke wurden mit sehr angenehmen Farben gestrichen, die Stoßfänger erneuert und die Handläufe renoviert.
K 2.4 Reinigung **	Verkehrsflächen - Fußböden („runde Ecken“, Staub, Begehbarkeit)**	Sehr sauber - durch falsche Reinigung wurde der Fußboden bzw. seine Farben "verätzt".
	Gerüche?*	Keine.
	Sanitärbereiche und Funktionsräume**	Sehr sauber.
	Sauberkeit und Ordnung in Gemeinschaftsräumen**	Sehr sauber.
	Sauberkeit der Umgebung: Fenster, Sonnenschutz / Jalousien **	Sehr sauber.
	Sauberkeit Verteilerküchen**	Sehr sauber.

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
Diakonisch-Kirchliche Angebote *	Leitbilder gut sichtbar und bewohnerorientiert angebracht?*	iO
	Ausstattung der Bewohnerzimmer / Büros mit Neuem Testament (NT)*	iO
	Angebotsübersicht gut sichtbar?*	iO
	Bibel / Feiern und Loben / andere Gesangsbücher in allen Wohnbereichen / Einlegeblätter?*	k.B.
	Liste der Pastoren / Pfarrer*	iO
	Utensilien zur Gestaltung des Abschieds von verstorbenen Betreuten ('Aussegnungssets') in allen Wohnbereichen?*	iO
Sonstiges	Namenschilder?	iO
	FeM: Bei Freiheitsentziehenden Maßnahmen: liegt Gerichtsbeschluss vor? (Stichprobe)*	iO
	Handzeichenlisten aktuell? (Stichprobe: von der HZ-Liste zum Dienstplan zur Akte - Übereinstimmung?)*	iO
	Interne Kommunikation: Wie können die Mitarbeitenden Vorschläge zur Tagesordnung anmelden?	iO
	Interne Kommunikation: Erfolgt eine systematische Überprüfung, inwieweit die vereinbarten Aufgaben umgesetzt und die gesetzten Ziele erreicht werden?	iO
	Interne Kommunikation: Sind die Protokolle zeitnah erstellt und allen Beteiligten zugänglich gemacht?	iO
	Interne Kommunikation: Wie ist die Weiterleitung von Informationen an Mitarbeitende, die nicht an Besprechungen teilgenommen haben, geregelt?	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?	Mehrere bis einen Tag vor der Aufnahme erfahren die Wohnbereiche von Neueinzügen.
	Kennen Sie die Ziele Ihrer Einrichtung? Kennen Sie die Ihrer Abteilung für dieses Jahr? Wissen Sie, wo die Abteilung im Moment steht? Haben Sie ein Gespräch mit Ihrer Leitung über sich und Ihre Perspektiven geführt? (Mitarbeitergespräch)	iO - Zielen hängen aus.
Gesamtbewertung**		Der Wohnbereich ist sehr sauber sehr gut organisiert. Die Kontrolle der ortsveränderlichen Geräte muss geprüft und aktualisiert werden, die Namensschilder durchgehend getragen werden. Die Fotos sollten repräsentativer gestaltet werden.

Legende:

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

Quelle: Kriterien des Prüfkataloges „Diakonie-Siegel Pflege, Version 3.0“ – Auswahl in Anlehnung an die 6 Kategorien der jährlichen Zusammenfassungen der Qualitätsberichte – „Gesamtübersicht“ (Bewertung nach Schulnoten im Vergleich der letzten 3 Jahre).

4.1.2 Wohnbereich 2

Datum:	23.01.2020
Begleitpersonen / Leitungen:	Herr Klein, Frau Schütz, Frau Zander

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar	
F 4.2 Arbeitsschutz*	Hautschutzplan der BGW / Hygieneplan*	iO Norovirusinfektion- "Notkiste" steht bereit, im letzten Jahr kein Ausbruch. Ganzjährig viruzides Händedesinfektionsmittel im Einsatz.	
	Frage aus F 4.5: Aushang aktueller Hygiene- und Desinfektionspläne? Wird Hautschutz mit in die Hinweise eingeschlossen? Mitarbeitenden bekannt?	k.B.	
F 4.3 Brandschutz*	Aushang von Flucht- und Rettungsplänen*	iO	
	Sind Fluchtwege / Flure frei begehbar?*	iO	
	Sicherheit: Zugang zu gefährlichen Substanzen*	Reinigungswagen sind während des Betriebes abgeschlossen, so dass kein Zugriff auf gefährliche Substanzen besteht, sonst sind alle Räume abgeschlossen.	
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)*	Prüfung elektrischen Geräte: Letzte Prüfung 11/17 Rollstuhlwaage nächste Prüfung 7/17 H: Prüfrhythmus muss eingehalten werden. Wöchentliche Kontrollmessung BZ-Gerät erfolgt. Einweisung in Medizinprodukte (Pflegebetten, Hubbadewanne, Sitzlifter mit Waage etc.) Jahresschulung N: 18.12.2019	
	Notfallausstattung*	1. Hilfe- Kasten DIN 13157	
	Funktionskontrolle der Medizinprodukte durch die Mitarbeitenden des Bereiches*	k.B.	
	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*	k.B.		
Erforderliche Hygienemaßnahmen bei Isolierten (Schutzkleidung, Hauben, Mundschutz, Handschuhe, Einmalkittel, Wäsche, Abwurf, Reinigung)?*	Auf Wohnbereich vorhanden.		
Umgang mit reinem / unreinem Arbeitsraum / Arbeitsmitteln*	iO		
Lagerungshilfsmittel*	k.B.		
Lagerung der Verbandsmaterialien / Sterilgut*	Verbandmaterial wird im Zimmer der Betreuten aufbewahrt.		
Kleidung der Mitarbeitenden*	iO		
Gesamteindruck Sauberkeit und Hygiene **	iO		

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
K 1.9 Umgang mit den Medikamenten*	Die Medikamentenschränke sind abschließbar / Lagerung in Medikamentenkühlschränken bei Bedarf.*	iO
	Sachgemäße Lagerung / Aufbewahrung (Beschriftungen nach Anbruchs- und Verfallsdatum mit Jahreszahl* / Entsorgung der Medikamente (und Spritzenbestecke)*)	iO
	Kontrollliste Lagergut und Medikamente*	iO
	Entsprechen die gestellten Medikamente denen, die der Arzt angeordnet hat (Abgleich Medikamente / Verordnung)?*	Gestellte Medikamente entsprachen nicht dem Medikamentenplan. Rückmeldung der Apotheke fehlte, dass der Arzt nicht erreichbar ist. Medikamente wurden noch nicht verabreicht – Kontrolle erfolgt vor Medikamentengabe. Apothekenfehler. 2. Stichprobe korrekt.
	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.**	Fußböden an den Rändern Abnutzungserscheinung, Türzargen zum Teil abgeschrammt.
	Veranstaltungsübersicht**	iO
K 2.4 Reinigung **	Verkehrsflächen - Fußböden („runde Ecken“, Staub, Begehbarkeit)**	iO
	Gerüche?*	Keine.
	Sanitärbereiche und Funktionsräume**	iO
	Sauberkeit und Ordnung in Gemeinschaftsräumen**	k.B.
	Sauberkeit der Umgebung: Fenster, Sonnenschutz / Jalousien **	iO
	Sauberkeit Verteilerküchen**	iO
Diakonisch-Kirchliche Angebote *	Leitbilder gut sichtbar und bewohnerorientiert angebracht?*	iO
	Ausstattung der Bewohnerzimmer / Büros mit Neuem Testament (NT)*	Bei Einzug erhalten die Betreuten das Neue Testament.
	Angebotsübersicht gut sichtbar?*	iO
	Bibel / Feiern und Loben / andere Gesangsbücher in allen Wohnbereichen / Einlegeblätter?*	k.B.
	Liste der Pastoren / Pfarrer*	iO
	Utensilien zur Gestaltung des Abschieds von verstorbenen Betreuten ('Aussegnungssets') in allen Wohnbereichen?*	iO

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
Sonstiges	Namenschilder?	iO Aufgrund von Lieferengpässen - bei einem Mitarbeiter ein provisorisches Namensschild.
	FeM: Bei Freiheitsentziehenden Maßnahmen: liegt Gerichtsbeschluss vor? (Stichprobe)*	k.B.
	Handzeichenlisten aktuell? (Stichprobe: von der HZ-Liste zum Dienstplan zur Akte - Übereinstimmung?)*	iO
	Interne Kommunikation: Wie können die Mitarbeitenden Vorschläge zur Tagesordnung anmelden?	TOP hängen ca. 2 Wochen aus.
	Interne Kommunikation: Erfolgt eine systematische Überprüfung, inwieweit die vereinbarten Aufgaben umgesetzt und die gesetzten Ziele erreicht werden?	k.B.
	Interne Kommunikation: Sind die Protokolle zeitnah erstellt und allen Beteiligten zugänglich gemacht?	iO Sehr themenreiche Inhalte, z.B. Risiken und Chancen, Hygiene, Arbeitsschutz, Fehler.
	Interne Kommunikation: Wie ist die Weiterleitung von Informationen an Mitarbeitenden, die nicht an Besprechungen teilgenommen haben, geregelt?	iO Protokolle werden von den Mitarbeitenden zur Kenntnis genommen
	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?	k.B.
	Kennen Sie die Ziele Ihrer Einrichtung? Kennen Sie die Ihrer Abteilung für dieses Jahr? Wissen Sie, wo die Abteilung im Moment steht? Haben Sie ein Gespräch mit Ihrer Leitung über sich und Ihre Perspektiven geführt? (Mitarbeitergespräch)	iO Ziele hängen gut sichtbar aus, jeder Wohnbereich hat sich individuelle Ziele festgelegt. Darüber hinaus gibt es Einrichtungsübergreifende Ziele.
	Dienst- / Tourenplanung - Kap. 4.1.1	Personalbedarf wird für 24 h vorgegeben (inkl. Urlaub, Krank). Dienstplan wurde am 18.11.2019 ausgegangen für Januar 2020.
Gesamtbewertung**		Sehr gut strukturierter Wohnbereich. Verbesserungspotentiale s.o.

Legende:

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

Quelle: Kriterien des Prüfkataloges ‚Diakonie-Siegel Pflege, Version 3.0‘ – Auswahl in Anlehnung an die 6 Kategorien der jährlichen Zusammenfassungen der Qualitätsberichte – ‚Gesamtübersicht‘ (Bewertung nach Schulnoten im Vergleich der letzten 3 Jahre).

4.2 Begutachtungen von Betreuten

4.2.1 Bewohnerin 1

Datum:	23.01.2020	Geb.Datum:	
Name, Vorname:		Bereich / Abteilung:	
Betreuung:	Vorsorgevollmacht Angehörige	Pflegegrad	4
Derzeitige Situation:	Demenz, abhängig kompensierte Stuhlinkontinenz, Dauerkatheter, 16 Ch; Adipös (BMI 33,8); Phlegmone rechter Unterarm - akute Schmerzen; insulinpflichtiger Diabetes; bettlägerig - Mobilisation in den Rollstuhl - Arme / Beine noch beweglich, dekubitusgefährdet - oberflächliche Läsion Sakralbereich, rechte Verse Dekubitus Stadium 3; Übernahme der Körperpflege (wäscht sich zum Teil nach Aufforderung vorderen Bereich; isst selbstständig im Bett - Gewichtsabnahme nach Krankenhausaufenthalt und mit zunehmender Demenz; trinkt selbstständig; Schaut TV, liest, telefoniert. Einzelangebote durch die Beschäftigungsassistenten, zeitweise Teilnahme an Gruppenangeboten.		
Medizinische Diagnosen:			
Aktueller Zustand / Umfeld:			
Haare:	iO	Ohren:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	Teilprothesen.
Zunge:	k.B.	Achseln:	k.B.
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	k.B.
Bauchnabel:	iO	Hüften:	k.B.
Analgegend:	iO	Leistenbereich:	k.B.
Fuß/Ferse/Fußnägel:	Dekubitus re.	Zehenzwischenräume:	k.B.
Ernährungszustand:	BMI 33	PEG/Sondennahrung:	k.B.
Wunden:	Rechte Ferse Dekubitus Stadium 3; Dekubitus Stadium 2 - Sakral.	Orientierung:	In allen Qualitäten desorientiert; Zugang zur Betreuten möglich; die Situation wird nicht adäquat wiedergegeben.
DK:	Ja.	IKM:	Vorlagen.
Atmosphäre:	Wohnlich.	Bett - frisches Bettzeug, Sauberkeit des Bettes	iO
Sauberkeit Zimmer / Nachttische / Hilfsmittel	k.B.	Gerüche:	Keine.
Nasszelle / WC:	iO	Persönliches Mobiliar	Persönlich.
Zufriedenheit:			
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Bewohnerin kann sich nicht zu den hier erfragten Qualitäten äußern oder diese "benoten".	Essen:	Mit Anleitung.
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten	k.B.	Pflegerische Versorgung:	Einzelbetreuung täglich (10-Minuten-Aktivierung). Die pflegerische Versorgung ist umfassend erläutert.
Medizinische Versorgung:	k.B.	Therapeutische Anwendungen:	k.B.
Sollte etwas verbessert werden?	k.B.	Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	iO
Bewertung:			
Sollte etwas verbessert werden?	Mit dem Urologen sollte abgewogen werden, ob ein Auslasversuch nach Ziehen des DK vor Neuanlage ausprobiert wird. Ggf. sollte eine Klärung erfolgen - Fallbesprechung - ob zur Mobilisationsförderung eine regelmäßige Physiotherapie hinzugezogen werden sollte.		
Gesamteindruck / Bewertung:	Die Bewohnerin weist ein komplexes Versorgungsprofil auf und wird umfassend versorgt. Da sich zur Zeit bei der Mobilität entscheiden könnte, ob die Entwicklung zur weiteren Demobilisierung fortschreitet oder der aktuelle Zustand stabilisiert bzw. in Richtung zunehmende Mobilität verändert werden kann, muss eine Fallbesprechung erfolgen.	+ / -	

4.2.2 Bewohner 2

Datum:	23.1.2020		Geb.Datum:			
Name, Vorname:			Bereich / Abteilung:			
Betreuung:	Angehöriger		Pflegegrad	2		
Derzeitige Situation:	Sturzrisiko - Bewohner bewegt sich mit dem Rollator durch den Wohnbereich; kontinent - geht selbstständig zur Toilette - Dranginkontinenz, leichte Gleichgewichtsstörungen; chronische Schmerzen - Basismedikation und Bedarfsmedikation sind verordnet.					
Medizinische Diagnosen:	Kognitive Funktionseinschränkungen, Z.n. C2-Abusus, Vorhofflimmern, Demenz, Antikoagulantientherapie, Suizidversuch.					
Aktueller Zustand / Umfeld:						
Haare:	iO	Ohren:	iO	Augen:	k.B.	
Lippen:	iO	Zähne:	k.B.	Zahnfleisch:	k.B.	
Zunge:	k.B.	Achseln:	k.B.	Ellenbogen:	k.B.	
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	k.B.	Brust:	k.B.	
Bauchnabel:	k.B.	Hüften:	k.B.	Gluteal / Sakral	k.B.	
Analgegend:	k.B.	Leistenbereich:	k.B.	Intimbereich:	k.B.	
Fuß/Ferse/Fußnägel:	k.B.	Zehenzwischenräume:	k.B.	Hautzustand:	k.B.	
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:	k.B.	ggf. Ödeme:	k.B.	
Wunden:	k.B.	Orientierung:	Zum Ort, zur Person und zur Zeit orientiert, teilweise zur Situation fragliche Orientierung.		Schmerzen:	Basismedikation.
DK:	k.B.	IKM:	Vorlagen.			
Atmosphäre (u.a. Gemütlichkeit, Wohnlichkeit - Gesamteindruck):	k.B.	Bett - frisches Bettzeug, Sauberkeit des Bettes	k.B.	Erinnerungsstücke wie Wandschmuck/Bilder/persönliche Fotos oder	k.B.	
Sauberkeit Zimmer / Nachttische / Hilfsmittel	k.B.	Gerüche:	k.B.	Kleidung (Sauberkeit, Frische)	k.B.	
Nasszelle / WC:	k.B.	Persönliches Mobiliar möglich	k.B.			
Zufriedenheit:						
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Bewohner kann zur Qualität der erfragten Aspekte keine Auskunft geben.		Essen:	Das Essen ist nicht so, wie selbst gemacht.		
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):	k.B.		Pflegerische Versorgung:	Ich kenne die Mitarbeiter - natürlich.		
Medizinische Versorgung:	k.B.		Therapeutische Anwendungen:	k.B.		
Sollte etwas verbessert werden?	Ich möchte keinen Betreuer (der hat mir meine Wohnung und mein Geld genommen).		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	k.B.		
Bewertung:						
Sollte etwas verbessert werden?	Die Dokumentation des Sozialdienstes zum Thema "Einzug in die Einrichtung / Betreuer" muss mit den wichtigen Informationen in der Pflegedokumentation integriert werden.					
Gesamteindruck / Bewertung:	Die pflegerische Versorgung entspricht dem Bedarf.		+ / -			

4.2.3 Bewohnerin 3

Datum:	23.1.2020			Geb.Datum:	
Name, Vorname:				Bereich / Abteilung:	
Betreuung:	Vorsorgevollmacht			Pflegegrad	2
Derzeitige Situation:	Einzug 1/2019; Medikamentenversorgung managt sie allein, hat chronische Schmerzen im Lendenwirbelkörper, Schmerzmanagement selbst- aktuell NRS 2-3; Unterstützungsbedarf derzeit bei Kompressionstrümpfe An- und Ausziehen, Unterstützung hauswirtschaftliche Versorgung. Am Rollator mobil, nimmt an selbstausgewählten Veranstaltungen teil.				
Medizinische Diagnosen:	Multiple Sklerose, Coxarthrose, generalisierte Arthrose, Osteochondrosen, degenerative Veränderung der Lendenwirbelkörper nach Bandscheibenvorfall.				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	Friseur kommt ins Haus.	Ohren:	k.B.	Augen:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	k.B.	Zahnfleisch:	iO
Zunge:	k.B.	Achseln:	k.B.	Ellenbogen:	k.B.
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	k.B.	Brust:	k.B.
Bauchnabel:	k.B.	Hüften:	k.B.	Gluteal / Sakral	k.B.
Analgegend:	k.B.	Leistenbereich:	k.B.	Intimbereich:	k.B.
Fuß/Ferse/Fußnägel:	Fußpflege kommt.	Zehenzwischenräume:	k.B.	Hautzustand:	k.B.
Ernährungszustand:	Hat vor Einzug abgenommen. Jetzt stabil laut eigener Aussage.	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.	ggf. Ödeme:	keine.
Wunden:	k.B.	Orientierung:	iO	Schmerzen:	Schmerzen in beiden Hüften, Füße. Nimmt Schmerzmedikation eigenständig.
DK:	t.n.z.	IKM:	k.B.		
Atmosphäre:	Sehr wohnlich.	Bett - frisches Bettzeug, Sauberkeit des Bettes	Lässt Bettwäsche privat waschen.	Erinnerungsstücke wie Wandschmuck/Bilder/persönli	Sehr persönlich, viele Bilder.
Sauberkeit Zimmer / Nachtsiche / Hilfsmittel	Sehr gut.	Gerüche:	Keine.	Kleidung (Sauberkeit, Frische)	
Nasszelle / WC:	iO	Persönliches Mobiliar möglich / Standardmobiliar:	Viele private Möbel.		
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Organisiert sich selbst. Die besuchten Veranstaltungen sind gut. Neujahrsempfang war sehr gut.	Essen:	Abends ist das Essen teilweise sehr überschaubar, eine Scheibe Käse, eine Scheibe Wurst, ein Radieschen. Mittagessen teilweise gewöhnungsbedürftig. Frühstück ist gut.		
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):	Geht zum Gottesdienst mit Hilfe der Gemeinde.	Pflegerische Versorgung:	Im Großen und Ganzen klappt es gut.		
Medizinische Versorgung:	Sie organisiert sich die Arztbesuche selbst.	Therapeutische Anwendungen:	Physiotherapie kommt ins Zimmer . Lymphdrainage ist sehr gut.		
Sollte etwas verbessert werden?	Ein Zimmer mit eigenem Bad wäre sehr gut.	Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Wertschätzend, empathisch in der Regel.		
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?					
Gesamteindruck / Bewertung:	Fühlt sich gut aufgehoben und entlastet.			+ / -	

4.2.4 Bewohnerin 4

Datum:	23.1.2020		Geb.Datum:		
Name, Vorname:			Bereich / Abteilung:		
Betreuung:	Vorsorgevollmacht		Pflegegrad	4	
Derzeitige Situation:	Einzug 10/ 2017, zunächst mobil am Rollator, jetzt immobil, tagsüber Therapierollstuhl, vollständige Übernahme Körperpflege, Ernährung Zubereitung der Mahlzeiten, je nach Tagesform Essen reichen, Inkontinent benutzt Einlagen, BTM- Schmerztherapie, lehnt Beschäftigungsangebote überwiegend ab, Tochter besucht sie täglich, meist sogar zweimal täglich. Behandlungspflege: Medikamentengabe 3x tgl. , Vitalzeichenkontrolle 1 x mon. ; Risiko - Gewichtsverlust - zur Zeit Gewicht stabil.				
Medizinische Diagnosen:	Chronische Schmerzen - generalisiert, insbesondere Rücken, Knie. Arthrose, Hypertonie, KHK, Osteoporose, Depression.				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:	iO	Augen:	iO
Lippen:	k.B.	Zähne:	Zahnarzt kommt ins Haus.	Zahnfleisch:	k.B.
Zunge:	k.B.	Achseln:	k.B.	Ellenbogen:	k.B.
Finger / Fingernägel	k.B.	Schulterblätter:	k.B.	Brust:	k.B.
Bauchnabel:	k.B.	Hüften:	k.B.	Gluteal / Sakral	k.B.
Analgegend:	k.B.	Leistenbereich:	k.B.	Intimbereich:	k.B.
Fuß/Ferse/Fußnägel:	Rechter Knöchel schmerzhaft. Kleine verschorfte Stelle, ca. 2 mm.	Zehenzwischenräume:	k.B.	Hautzustand:	k.B.
Ernährungszustand:	Wirkt sehr schlank.	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.	ggf. Ödeme:	Rechter Knöchel.
Wunden:	Siehe Fuß.	Orientierung:	k.B.	Schmerzen:	Starke Schmerzen in den Füßen. Stärke wurde nicht genauer definiert "sehr schmerzhaft".
DK:	t.n.z.	IKM:	iO		
Atmosphäre (u.a. Gemütlichkeit, Wohnlichkeit - Gesamteindruck):	Wohnlich.	Bett - frisches Bettzeug, Sauberkeit des Bettes	iO	Erinnerungsstücke wie Wandschmuck/Bilder/persönliche Fotos oder persönliche Bettwäsche etc.	iO
Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel	iO	Gerüche:	Keine.	Kleidung (Sauberkeit, Frische)	iO
Nasszelle / WC:	iO	Persönliches Mobiliar möglich / Standardmobiliar:	Persönlich.		
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	"Ja, ist gut." 2x wöchentlich Einzelbetreuung BTA, Tochter täglich zu Besuch.		Essen:	"Zeitweise gut, mal nicht so gut. Ich würde sehr gern einmal Eierkuchen essen."	
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):	"Nein."		Pflegerische Versorgung:	"Zeitweise sehr gut, manchmal nicht."	
Medizinische Versorgung:	"Es kommt kein Arzt" Sie würde gern den Arzt sehen, wegen den Schmerzen.		Therapeutische Anwendungen:	k.B.	
Sollte etwas verbessert werden?	"Das die Schmerzen weg gehen. Meine Ohringe sind weg."		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	k.B.	
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?	Die Schmerzen am Knöchel müssen dringend ärztlich abgeklärt werden. Klärung über den verbleib der Ohringe.				
Gesamteindruck / Bewertung:	Wirkt gut und angemessen gepflegt. Verbesserungen s.o.		+ / -		

4.2.5 Bewohner 5

Datum:	23.01.19	Geb.Datum:	
Name, Vorname:		Bereich / Abteilung:	
Betreuung:	Generalvollmacht.	Pflegegrad	PG 5
Derzeitige Situation:	Bewohnerin ist komplett immobil, macht teilweise unkontrollierte Bewegungen, sitzt im Rollstuhl, kann verbal keinen Kontakt aufnehmen, Demenz ist fortgeschritten, bekommt täglich Besuch von ihrem Ehemann.		
Medizinische Diagnosen:	Alzheimer Demenz.		
Aktueller Zustand / Umfeld:			
Haare:	iO	Ohren:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	iO
Zunge:	iO	Achseln:	iO
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	iO
Bauchnabel:	iO	Hüften:	iO
Analgegend:	iO	Leistenbereich:	iO
Fuß/Ferse/Fußnägel:	iO	Zehenzwischenräume:	iO
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.
Wunden:	t.n.z.	Orientierung:	iO
DK:	t.n.z.	IKM:	iO
Atmosphäre:	iO	Bett - frisches Bettzeug, Sauberkeit des Bettes	iO
Sauberkeit Zimmer / Nachtsiche / Hilfsmittel	iO	Gerüche:	iO
Nasszelle / WC:	iO	Persönliches Mobiliar möglich / Standardmobiliar:	iO
Zufriedenheit:			
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Bewohner kann aufgrund von einer fortgeschrittenen Demenz und Aphasie keine Aussagen machen.	Essen:	k.B.
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Bewohners):	k.B.	Pflegerische Versorgung:	k.B.
Medizinische Versorgung:	k.B.	Therapeutische Anwendungen:	k.B.
Sollte etwas verbessert werden?	k.B.	Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	k.B.
Bewertung:			
Sollte etwas verbessert werden?			
Gesamteindruck / Bewertung:	Bewohner macht einen sehr gepflegten Eindruck.	+ / -	

4.2.6 Bewohnerin 6

Datum:	23.01.20		Geb.Datum:		
Name, Vorname:			Bereich / Abteilung:		
Betreuung:	Gesetzlicher Betreuer.		Pflegegrad	PG 5	
Derzeitige Situation:	Bewohnerin ist bettlägrig, macht keinerlei Eigenbewegungen, kann sich weder verbal noch nonverbal verständigen.				
Medizinische Diagnosen:	Diabetes mellitus, Zustand nach Apoplex.				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:	iO	Augen:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	iO	Zahnfleisch:	iO
Zunge:	iO	Achseln:	iO	Ellenbogen:	iO
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	iO	Brust:	iO
Bauchnabel:	iO	Hüften:	iO	Gluteal / Sakral	iO
Analgegend:	iO	Leistenbereich:	iO	Intimbereich:	k.B.
Fuß/Ferse/Fußnägel:	iO	Zehenzwischenräume:	iO	Hautzustand:	iO
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:	iO	ggf. Ödeme:	t.n.z.
Wunden:	t.n.z.	Orientierung:	k.B.	Schmerzen:	Keine.
DK:	t.n.z.	IKM:	iO		
Atmosphäre (u.a. Gemütlichkeit, Wohnlichkeit - Gesamteindruck):	iO	Bett - frisches Bettzeug, Sauberkeit des Bettes	iO	Erinnerungsstücke wie Wandschmuck/Bilder/persönliche Fotos oder persönliche Bettwäsche etc.	iO
Sauberkeit Zimmer / Nachttische / Hilfsmittel	iO	Gerüche:	iO	Kleidung (Sauberkeit, Frische)	iO
Nasszelle / WC:	iO	Persönliches Mobiliar möglich /	iO		
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Bewohnerin Kann keine Aussagen machen		Essen:	k.B.	
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):	k.B.		Pflegerische Versorgung:	k.B.	
Medizinische Versorgung:	k.B.		Therapeutische Anwendungen:	k.B.	
Sollte etwas verbessert werden?	k.B.		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	k.B.	
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?					
Gesamteindruck / Bewertung:	Gute pflegerische Versorgung.		+ / -		

4.3 Überprüfung der Dokumentation

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

	Stammblatt	Anamnese bzw. SIS	Pflegeplanung / tagesstrukturierender Maßnahmenplan	Pflegeplanung innerhalb der vorgegebenen Frist erstellt?*	Pflegebericht	Leistungsnachweis / Leistungsdokumentation*	Bewegungsplan*	Betreuungsplanung und Betreuungsnachweis	Wundprotokoll / Wunddokumentation*	Ernährungsprotokoll / Trinkprotokoll*	Sturzprotokoll*	Miktionsprotokoll*	Vitalzeichenkontrollblatt	Ärztliches Verordnungsblatt / Visitenprotokoll	Schmerzverlaufsdokumentation	Medikamentenplan	Therapiedokumentation / Aktivierungsbogen	Seelsorge (Durchführungsnachweis / Dokumentation)*	Spirituelle Bedürfnisse des BW / Pat. dokumentiert (Anamnese)*	Überleitungsbogen	Ärztliches Verlaufsblatt	Therapeutisches Verlaufsblatt	Befunddokumentation	Vollständigkeit* / Anwendung*	Bewertung der Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit (gelbe Zellen) und die Darstellung des Pflegeprozesses (hellblau).
1.	2	2	2	t.n.z.	2	k.B.	2	2	2	t.n.z.	k.B.	t.n.z.	2	2	2	2	t.n.z.	2	2	k.B.	k.B.	t.n.z.	t.n.z.	k.B.	1,0
	Einzug Dezember 2015 - pflegerische Risiken und Diagnosen siehe Begutachtung; Strukturierte Informationssammlung (SIS), Maßnahmenplan vollständig; Dekubitus wird behandelt - externe Wundmanagerin wurde hinzugezogen, Einschätzung liegt vor; Evaluationen prospektiv geplant. Die Einzelbetreuung muss häufiger stattfinden bzw. dokumentiert werden, wenn kleinere Leistungen stattfinden.																							1,0	
2.	2	2	2	2	2	k.B.	k.B.	2	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	2	2	2	2	k.B.	2		k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	1,5
	Seit April 2019 in der Einrichtung; Bewohner ist selbstständig; es werden herausfordernde Verhaltensweisen seitens des Bewohners beschrieben - verbal teilweise ungehalten, wenn Wünsche nicht sofort erfüllt werden; sucht sich teilweise Beschäftigungsmöglichkeiten in der Einrichtung, kümmert sich um Bewohnerinnen im Wohnbereich; die Dokumentation zu den beschriebenen Aspekten in der SIS ist vollständig in den erfragten Bereichen; zur Ursache des Einzugs und zu Gesprächen, die mit dem Sozialdienst bezüglich des angesprochenen Betreuers betreffen, finden sich in der Dokumentation keine Eintragungen - der Sozialdienst ist nicht in die elektronische Dokumentation integriert. H: Die wichtigen Aspekte zum Betreuer rund um den Einzug müssen in der Pflegedokumentation erwähnt werden.																							1,0	
3.	2	2	2	2	2	k.B.	t.n.z.	2	t.n.z.	k.B.	2	k.B.	2	2	2	2	k.B.	k	2	k.B.	2	k.B.	k.B.	k.B.	1,1
	Mehrere erhöhte Messungen von RR-Werten. H: Die Einrichtung muss prüfen, ob der Arzt hierzu informiert wurde. RR- Kontrolle nach Sturz über 24 Stunden ist nicht nachweislich erfolgt. H: Nach Sturz muss eine RR-Kontrolle über 24 Stunden erfolgen.																							1,0	

	Stamblatt	Anamnese bzw. SIS	Pflegeplanung / tagesstrukturierender Maßnahmenplan	Pflegeplanung innerhalb der vorgegebenen Frist erstellt?*	Pflegebericht	Leistungsnachweis / Leistungsdokumentation*	Bewegungsplan*	Betreuungsplanung und Betreuungsnachweis	Wundprotokoll / Wunddokumentation*	Ernährungsprotokoll / Trinkprotokoll*	Sturzprotokoll*	Miktionsprotokoll*	Vitalzeichenkontrollblatt	Ärztliches Verordnungsblatt / Visitenprotokoll	Schmerzverlaufsdokumentation	Medikamentenplan	Therapiedokumentation / Aktivierungsbogen	Seelsorge (Durchführungsnachweis / Dokumentation)*	Spirituelle Bedürfnisse des BW / Pat. dokumentiert (Anamnese)*	Überleitungsbogen	Ärztliches Verlaufsblatt	Therapeutisches Verlaufsblatt	Befunddokumentation	Vollständigkeit* / Anwendung*	Bewertung der Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit (gelbe Zellen) und die Darstellung des Pflegeprozesses (hellblau).
4.	2	2	2	k.B.	1	2	2	1	k.B.	2	k.B.	k.B.	2	2	2	1	k.B.	k	2	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	1,7
	Bewohnerin äußert Schmerzen im rechten Knöchel, aus dem Pflegebericht geht dies nicht hervor, der Arzt wurde am 5.1.2020 über Schmerzen am rechten Fuß informiert, Visite am 8.1.2020. H: Arztinformation muss erneut erfolgen. Pflegebericht muss Besonderheiten, wie hier Schmerzen / Schwellung etc. aufgeführt werden. E: Der tägliche Kurzkontakt der Betreuungsassistenten sollte in Maßnahmenplan aufgeführt werden. Gewichtsverlauf sehr gut abgebildet, kein unbeabsichtigter Gewichtsverlust in den letzten sechs Monaten. H: Tolerable Stuhlgangfrequenz muss festgehalten werden, aufgrund der Obstipationsgefahr und teilweise 5 - 6 Tage ohne Stuhlgang. Medikamentenplan: Laktulose Dosisangabe fehlt.H: Alle Medikamente müssen mit Dosierungsangabe ärztlich angeordnet sein. E: Lagerungsintervalle die toleriert werden , sollten in der Planung aufgegriffen werden. E: Es sollte geprüft werden, ob eine Höherstufung beantragt werden könnte.																							1,0	
5.	2	1	2	2	1	2	1	2	t.n.z.	1	t.n.z.	t.n.z.	2	2	t.n.z.	2	2	t.n.z.	t.n.z.	2	2	2	2	2	1,4
	Strukturierte Informationssammlung (SIS) ist nicht mehr aktuell, die Mobilität hat sich verändert. Bewohnerin ist mittlerweile komplett immobil, viele Informationen doppelt im Stamblatt und in der SIS. Maßnahmenplan ebenso viele pflegerische Tätigkeiten doppelt - nicht notwendig. Lagerung nachts nicht eindeutig wie häufig gelagert wird , wie macht sich Bewohner bemerkbar. Kein Sturzrisiko. Einträge soziale Betreuung - fehlt das Wohlbefinden. Maßnahmen müssen nicht in die SIS. E: Weniger Text, keine Doppelungen, mit Verweisen arbeiten . H: SIS und Maßnahmenplan auf aktuelle Situation anpassen.																								
	2	2	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	2	k.B.	k.B.	k.B.	2	k.B.	k.B.	2	k.B.	k.B.	k.B.	
	Bewohner ist immobil. SIS ist logisch aufgebaut. Alle wichtigen Informationen waren vorhanden.																								

5 Zusammenfassung

Die beiden Tage der Internen Revision im Seniorenzentrum Bethel Friedrichshain (SZFR) gestalteten sich sehr konstruktiv und waren von einer sehr kollegialen Atmosphäre geprägt. Alle befragten Mitarbeitenden waren sehr engagiert, kompetent und haben sich professionell auf die Interne Revision vorbereitet. Sie trugen zu dem sehr guten Endergebnis bei.

Das Seniorenzentrum Bethel Friedrichshain versorgt auf vier Etagen und Wohnbereichen derzeit 99 Bewohnerinnen und Bewohner bei 100 vorgehaltenen Betten. Bereits beim Eintreten in das Haus spiegeln das Foyer und der Empfang eine ansprechende und sehr **wohnliche Atmosphäre** wider. Die Gartenanlage wirkt auch im Winter sehr ansprechend. Der „Raum der Sinne“ ist angenehm gestaltet und ermöglicht einen Rückzugsort zur ganzheitlichen Entspannung. Die Mitarbeitenden präsentieren sich mit Ihren Fotos auf den Wohnbereichen, eine gute Möglichkeit sich den Betreuten und den Besuchern vorzustellen. Perspektivisch könnte die Gestaltung der „Fotostrecke“ noch präsentabler gestaltet werden.

Alle begangenen Räume in der Verwaltung und im **Wohnbereich sind ordentlich, gut gereinigt und die einzelnen Arbeitsplätze aufgeräumt**. Die Kellerräume sind hell und ansprechend gestaltet. Es muss darauf geachtet werden, einigen Lagerräumen wieder mehr Struktur und Übersichtlichkeit zu geben. Die Dienstzimmer und Lagerräume sind funktional gestaltet. Im Keller muss darauf geachtet werden, alle Gefahrstoffe sachgemäß zu lagern. Die Fußbodenbeläge der Flure auf den Wohnetagen wirken, aufgrund vorhandener Aufhellungen, an den Rändern nicht sehr ansprechend. Hier muss die Einrichtung entgegenwirken, um die bisher gewohnte sehr ansprechende Atmosphäre zu erhalten und nicht das zunehmende Alter des Hauses sichtbar werden zu lassen.

Das **Qualitätsmanagementhandbuch** ist sehr strukturiert aufgebaut. Alle Verfahrensanweisungen sind sehr gut auffindbar, verständlich dargestellt und erschließen sich dem Leser inhaltlich schnell. Das Handbuch ist sehr umfangreich. Einige mitgeltende Dokumente bilden den Prozess bereits vollständig ab (z.B. Fort- und Weiterbildung, Hygiene). Die Einrichtung sollte überlegen, einige Dokumente zusammenzuführen (z.B. im Prozess F 2.3 Personaleinsatzplanung) und eine Herausnahme von Dokumenten zu prüfen, wenn der Prozess mit Hilfe der dokumentierten Informationen gut nachweisbar ist und die Formulare selbsterklärend sind

(Vgl. Protokoll zentraler Projekttag: Revision des bethelweiten Rahmens des Qualitätsmanagementhandbuchs (QMH) 15./16.10.2019).

Die **Managementbewertung** für das Jahr 2019 liegt vor und bildet aussagekräftig alle Punkte ab. Die Ergebnisse der Anfang des Jahres durchgeführten MDK-Prüfung sind bereits eingeflossen (**siehe Kapitel 3.2.1**).

Pflegevisiten finden im vorgesehenen Umfang statt und werden bereichsfern von den Wohnbereichsleitungen durchgeführt. In den vierteljährlichen Auswertungen sind Verbesserungspotentiale thematisiert und Maßnahmen werden entsprechend abgeleitet und umgesetzt. In der Folgeauswertung wird die Wirksamkeit der Maßnahmen überprüft (**siehe Kapitel 3.2.1 und 3.2.3**).

Ein **Risikomanagement** ist implementiert und die Risiken werden in einer Matrix abgebildet und bewertet. Aktuell stehen zwei Risiken im Fokus, unter anderem ist auch im SZFR der bundesweite Fachkräftemangel ein Thema. Die Risiken werden regelmäßig kommuniziert, bewertet und sind Thema in den Leitungs-, Wohnbereichsleitungs- und Pflegedienstleitungssitzungen. Die Risikomatrix muss perspektivisch die Trennschärfe von Chancen und Risiken deutlicher abbilden, eine Datumsangabe der jeweiligen Bewertung integrieren und die Berechnung der Risikoprioritätszahl sollte geprüft werden (**siehe Kapitel 3.2.1**).

Hinsichtlich der **Wissenssicherung und Stärkung der Fachlichkeit** steht derzeit die Fort- und Weiterbildung im Vordergrund. Bei der Registrierungsstelle beruflich Pflegender sind bereits 15 Pflegefachkräfte registriert. Zur Sicherstellung der Teilnahme der Mitarbeitenden an den Pflichtfortbildungen werden diese an insgesamt fünf Blocktagen angeboten. Dieses Angebot wird von den Mitarbeitenden gut angenommen (**siehe Kapitel 3.2.2**).

Bezüglich der Einführung von **E-Learning** hat sich die Einrichtung noch nicht auf den Weg gemacht und muss nun zeitnah mit der Einführung beginnen (**siehe Kapitel 3.2.2**).

Wissensselbsttests sind entwickelt und werden ab diesem Jahr angeboten.

Die Vorbereitung auf die **generalistische Pflegeausbildung** hat im SZFR zeitgemäß begonnen. Es besteht eine Kooperationsvereinbarung mit der Wannsee-Schule, alle Praxisanleiter stehen bereit und sind entsprechend qualifiziert. Das SZFR plant mit vier Auszubildenden Ausbildungsverträge abzuschließen (**siehe Kapitel 3.2.2**).

Gespräche mit den Mitarbeitenden finden einmal jährlich statt. In jedem Jahr werden Jahresthemen in die Mitarbeitergespräche integriert. So wurde etwa das Thema Betriebliches Gesundheitsmanagement aufgegriffen (**siehe Kapitel 3.2.2**).

Die von den Auditoren besuchten **Bewohnerinnen und Bewohner äußerten sich zufrieden mit der Betreuung** im SZFR, beispielsweise wurde die Zuwendung des Pflegepersonals nach dem Tod des Partners als sehr wohltuend beschrieben. Zur **baulichen Situation** wurde geäußert, dass ein eigenes Bad sehr angenehm wäre. Derzeit müssen sich zwei Bewohner oder Bewohnerinnen ein Bad teilen (**siehe Kapitel 4.2**).

Der **Umgang der Pflegekräfte mit den Betreuten** kann von den Auditoren als sehr wertschätzend und empathisch beschrieben werden. Die Pflege der visitierten Betreuten wird den Situationen entsprechend sehr gut bis gut eingeschätzt. Zu einzelnen Verbesserungspotentiale wurde umgehend vor Ort beraten, zum Beispiel bezüglich einer fehlenden aber notwendigen Arztkonsultation bei einem schmerzhaften Knöchel, der Prüfung einer möglichen Stabilisierung des Zustandes durch ergreifen weiterer pflegerischer und physiotherapeutischer Maßnahmen, der Einholung einer medizinisch begründete Anwendung des Dauerkatheters entsprechend der RKI-Richtlinie bzw. Abklärung ob der Katheter entfernt werden kann (**siehe Kapitel 4.2**).

Die 2018 in den stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen des Gesundheitswerkes Bethel Berlin eingeführte **Strukturierte Informationssammlung (SIS)** hat sich auch im SZFR in der Anwendung weiter gefestigt. Die eingesehenen SIS waren aussagekräftig, Zitate sind durchgängiger Bestandteil und Risiken werden zu einem Großteil vollständig abgebildet. Die vom Sozialdienst gewonnen Informationen sollten zukünftig mit in die Dokumentation einfließen (**siehe Kapitel 4.3**).

Bei der Erstellung des **Tagesstrukturierenden Maßnahmenplan** muss durchgehend darauf geachtet werden, alle pflegerischen Maßnahmen abzubilden, wie beispielsweise die Anwendung von Fixiermaßnahmen oder die individuellen Lagerungsintervalle. Die Evaluationsintervalle sollten individuell pro Maßnahme festgelegt werden (**siehe Kapitel 3.3.1 und 4.3**).

Im **Pflegebericht** müssen aktuelle Phänomene abgebildet und in ihrem Verlauf nachvollziehbar dargestellt werden (**siehe Kapitel 4.3**).

Abschließend kann bewertet werden, dass in allen Prozessen der Plan-Do-Check-Act-Zyklus gut abgebildet wird und das Team offensiv und transparent mit Verbesserungspotentialen umgeht. Ein aktueller, fortlaufend aktualisierter und sehr gut strukturierte Maßnahmenplan liegt vor.

Die sehr guten Ergebnisse spiegeln sich in folgenden Einzelbenotungen wider:

UB/AF	Vor-Ort-Prüftermine	Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung (PD: nur Orientierung)			Ordnung, Sauberkeit, Hygiene			Konzepte und Standards			Pflegerisches / ärztliches / therapeutisches Management			Ergebnisqualität: (Pflege-)Zustand der BW / Pat.			Ergebnisqualität: Dokumentation			Durchschnitt (Pflegezustand doppelt gewichtet)		
		18	19	20	18	19	20	18	19	20	18	19	20	18	19	20	18	19	20	18	19	20
SZFR	22.01.-23.01.2020	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,0	1,0	1,0

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

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

Berlin, 16.6.2020

Andreas Dietel, Henrike Zander

Anhang 1

Revisionsplan: Interne Revision in Medizin und Pflege, Seniorenzentrum Bethel Friedrichshain (SZFR), 22. - 23.01.2020

Allgemeines:	<p>Auditoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Andreas Dietel, GFP / SMG - Henrike Zander, SBP / SMG - Elisabeth Seibert, GF PDL / SZLI <p>- Dr. Katja Lehmann-Giannotti begleitet die Interne Revision im Rahmen ihres Basistages.</p> <p>Gesprächspartner: (Haupt-) Geschäftsführer und Vertretungen, zusätzliche Gesprächspartner nach Absprache (siehe unten).</p> <p>Dauer der Revision: 9.00 – 17.00 Uhr</p> <p>Medien / Vorbereitung: Bitte ein am Netzwerk angeschlossenes Laptop und einen Beamer im Besprechungsraum aufstellen. Das QM-Handbuch muss über Beamer und Laptop während der gesamten Zeit eingesehen werden können. Ggf. muss auch der Einblick in bereits (papiergestützte) archivierte Unterlagen ermöglicht werden (z.B. Pflegevisiten- / Fallbesprechungsprotokolle, Auditprotokolle).</p> <p>Alle Auditoren werden im Verlauf der Internen Revision Betreute der Unternehmensbeteiligung besuchen. Die sechs bis zwölf Betreuten werden am Morgen des ersten Tages als Zufallsstichprobe ausgewählt.</p>
1. Tag:	<p>Darstellung der Unternehmensbeteiligung anhand der ausgewählten Kriterien des Prüfkataloges / Nachweisdokumente / Dokumentationsvisiten / Audits</p>
	<p>9.00 – 9.05 Uhr Auswahl der Stichprobe aus der Gesamtanzahl der Betreuten (→ Einverständniserklärungen)</p> <p>9.05 – 9.20 Uhr Umsetzung der Maßnahmen, die bei Audits festgelegt wurden (letzte Interne Revision / Begehungen durch HA und MDK) Unterlagen: Maßnahmenpläne Erläuterung des Sachstandes anhand der Maßnahmenpläne. Beteiligte: HG / GF / PDL / stv. PDL / QMB sowie weitere Gesprächspartner, die die Einrichtung auswählt. Bitte tragen Sie die Namen der Mitarbeitenden und deren Funktionen ein, ergänzen ggf. Personen, die Sie gerne bei einem Thema hinzuziehen möchten und geben Sie uns den Revisionsplan am Morgen des ersten Tages zurück bzw. übersenden die Datei an Herrn Dietel und Frau Zander.</p> <p>9.20 – 9.50 Uhr Managementbewertung / Kennzahlen KES Unterlagen: Intranet, aktuelle Kennzahlen KES Darstellung / Diskussion der aktuellen Entwicklungen in der Einrichtung anhand der Kennzahlen der KES-Tabelle, ggf. soweit vorliegend Einbeziehung der Vorbereitung der Managementbewertung und dazugehöriger weiterer Kennzahlen. Beteiligte: HG / GF / PDL / stv. PDL / QMB.</p> <p>9.50 – 11.15 Uhr Schwerpunktthema Risikobasierter Ansatz⁴ – Risikobewertung/-ranking, Audits</p>

⁴ Vgl. Qualitätsmanagementbericht des GwB in der aktuellen Form

Unterlagen / Medien: Risikomatrizes, Auditergebnisse, Gefährdungsbeurteilung, Begehungsprotokolle – Protokolle im Intranet / papiergestützt, Maßnahmenpläne, Leitungsbesprechungsprotokolle, Teambesprechungsprotokolle, etc.

Schwerpunkte: Audits beispielsweise im Bereich Arbeitsschutz, Brandschutz, Datenschutz und Hygiene (Anzahl, Ergebnisse), sicherheitstechnische / messtechnische Kontrollen, Gefährdungsbeurteilungen, Pflegevisiten (Soll/Ist, einrichtungsspezifische Protokolle¹, Ergebnisse), Transparenz zum Risikomanagement innerhalb des Unternehmens, Ideenmanagement, Fehler- und Beschwerdemanagement

Beteiligte: HG, PDL, QB, Brandschutzbeauftragte / Sicherheitsbeauftragte, Hygienebeauftragte, Auditoren / Visitierende, Datenschutzbeauftragte.

11.15 – 11.30 Uhr

Auditorenzeit

11.30 – 12.30 Uhr

Fachlichkeit der Mitarbeitenden⁵, Fachkraftquote, Personalfuktuation, Wissenssicherung¹

Unterlagen / Medien: QM-Handbuch im Intranet, Kennzahlen, Fortbildungsplan, Übersicht Fortbildungsteilnahme, Einarbeitungsprotokolle, Dienstpläne etc.

Schwerpunkte: Fort- und Weiterbildungsmanagement, E-Learning¹, Wissenselbsttests¹, Ausbildung (Anzahl der Auszubildenden, Sonderzeiten für Praxisanleiter / Praxisanleiterinnen, generalistische Pflegeausbildung, Netzwerk), Registrierung beruflich Pflegenden¹ – Zertifizierung des internen Fortbildungsprogrammes, Einarbeitung neuer Mitarbeitender, Mitarbeitergespräche (Stand Vorjahr/aktuell)

Beteiligte: HG, PDL, QB, Fortbildungsbeauftragte, Praxisanleitende sowie ggf. weitere Mitarbeitende.

12.30 – 12.45 Uhr

Auditorenzeit

12.45 – 13.30 Uhr Mittagspause

13.30 – 14.30 Uhr

Ausgewählte Prozessschritte, Begehung vor Ort: Sozialdienst, Betreuung, ggf. Technik

Unterlagen / Medien: Intranet und Vor-Ort-Arbeitsplätze; M-KIS

Schwerpunkte: Von der Aufnahme bis zur Entlassung – Betreuungsassistenten, Heimleitung / Sozialdienst (Erstkontakte, Erstgespräche, Angehörigengespräche, Begleitung und Organisation freiwillig Engagierter), Zusammenarbeit mit Hospizen, Vertragsgestaltung. Ausrichtung der Beschäftigungsangebote an den Bedürfnissen der Betreuten.

Beteiligte: HG, PDL, QB, SozD, Betreuungsassistenten und ggf. weitere Mitarbeitende.

14.30 – 15.00 Uhr

Abbildung der Qualitätsindikatoren in M-KIS / Vorbereitung auf die neue QPR / Umsetzung der SIS¹

Unterlagen / Medien: M-KIS, Intranet / papiergestützte bzw. elektronische Dokumentation

Schwerpunkte: Abbildung der Qualitätsindikatoren / Vorbereitung auf die neue QPR / Umsetzung SIS - Anwendung M-KIS¹, Anwendungsbeispiele SIS, tagestrukturierter Maßnahmenplan, Evaluationen etc.

Beteiligte: Bezugspflegekräfte, PDL, QB und weitere Mitarbeitende.

15.00 – 16.30 Uhr

Begehung Wohnbereiche - Dokumentation

Schwerpunkte: Zufälliges stichprobenartiges Ziehen von Bewohnerakten – Bewertung der Dokumentation durch Erläuterung der Dokumentation durch die Bezugspflegekräfte

⁵ Vgl. Qualitätsmanagementbericht des GwB in der aktuellen Form

	<p>– Themen bspw. "Pflegerische" Risiken - Sturz, Dekubitus, Ernährung, Wunden, Kontinenz, Schmerz, (Mobilität); Verknüpfung: Risikoerhebung-SIS-tagesstrukturierter Maßnahmenplan Beteiligte: Bezugspflegekräfte.</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 Betreuer / Dokumentationsvisite / Nachweisdokumente / Begehungen</p> <p>9.00 – 9.15 Uhr Klärung von Fragen / Ausblick auf den Tag Beteiligte: HG / GF / PDL / ggf. stv. PDL / QMB.</p> <p>9.20 – 12.00 Uhr Besuch und Inaugenscheinnahme ausgewählter Betreuer (→ Einverständniserklärung)</p> <p>12.05 – 12.25 Uhr Auditorenzeit: Abstimmung / Durchsicht von Nachweisen usw.</p> <p>12.30 – 13.15 Uhr Mittagspause</p> <p>13.20 – 15.20 Uhr Begehung ausgewählter Abteilungen und Wohnbereiche, Teilnahme an einer Übergabe</p> <p>15.30 – 16.15 Uhr Auditorenzeit: Abstimmung / Durchsicht von Nachweisen.</p> <p>16.20 – 16.30 Uhr Abschlussbesprechung mit allen Teilnehmenden und Interessierten / Rückmeldung an die Auditoren</p>

A. Dietel
Geschäftsführer Produkte