

Internes Qualitätsmanagement für geriatrische Einrichtungen



Qualitätssiegel Geriatrie für Akuteinrichtungen

Auditcheckliste (Ausgabe 2016)



BUNDESVERBAND
GERIATRIE

Bundesverband Geriatrie e.V.
Reinickendorfer Straße 61
13347 Berlin

Präambel

Das Qualitätssiegel Geriatrie ist ein von Experten entwickeltes Qualitätsmanagementsystem, das DIN-orientiert auf die speziellen Versorgungsstrukturen und -prozesse geriatrischer Einrichtungen abgestimmt ist. Es liegt seit 2010 in drei Varianten vor:

Qualitätssiegel Geriatrie für Rehabilitationseinrichtungen
Qualitätssiegel Geriatrie für Akuteinrichtungen
Qualitätssiegel Geriatrie Add-on

Die Zertifizierung des Qualitätsmanagementsystems Qualitätssiegel Geriatrie dient allen qualitätsorientierten geriatrischen Versorgungseinrichtungen als Nachweis ihrer hohen Versorgungsqualität.

Um den Anforderungen einer sich ändernden Versorgungslandschaft gerecht zu werden, wird das Qualitätssiegel Geriatrie regelmäßig geprüft. Die Überarbeitung für die Ausgabe 2016 fand mit fachlicher Unterstützung einer Arbeitsgruppe bestehend aus Experten der Geriatrie und des Qualitätsmanagements sowie der Expertise der geriatrischen Fachgesellschaften statt. Im Zentrum der Überarbeitung standen die Umstellung auf die DIN EN ISO 9001:2015 sowie eine detaillierte Prüfung und ggfs. Änderung der geriatriespezifischen Aspekte.

Das Qualitätssiegel Geriatrie belegt ausschließlich die hohe geriatriespezifische Versorgungsqualität geriatrischer Einrichtungen. Dieses Instrument der Qualitätssicherung beruht auf den Inhalten eines detaillierten Kriterienkatalogs. Hiervon unberührt bleiben die Inhalte (Mindestmerkmale) von OPS-Kodes, die als Instrumente des Abrechnungssystems im Krankenhausbereich (G-DRG-System) genutzt werden. Dies gilt insbesondere für die Mindestmerkmale der OPS 8-550 Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung und 8-98a Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung.

Das Qualitätssiegel Geriatrie kann nur von geriatrischen Fachabteilungen innerhalb einer Gesamteinrichtung bzw. in geriatriespezifischen Einrichtungen, die ausschließlich den Bereich Geriatrie anbieten, erworben werden. Geriatrische Einrichtungen können sowohl Rehabilitationseinrichtungen als auch Krankenhäuser sein.

Bei geriatrischen Fachabteilungen innerhalb einer Gesamteinrichtung können Themenbereiche in der Verantwortung der Gesamteinrichtung liegen (z. B. Kapitel zu Brandschutzbestimmung). In den Auditchecklisten sind dazu keine weiteren grundsätzlichen Angaben ausgeführt.

Wesentliche Aspekte der Überarbeitung zur Ausgabe 2016 betreffen u. a.:

- personelle Ressourcen/Kompetenzen (z. B. verbindliche Einführung der Empfehlungen der Personalkennzahlen in der Geriatrie, hg. vom BV Geriatrie)
- Infrastruktur (z. B. Ausbau der Anforderungen an den therapeutischen Bereich)
- Verstärkung der Geriatriespezifik in den Prozessen der Leistungserbringung
- Umstellung von ISO 9001:2008 auf ISO 9001:2015
- Implementierung der Anforderungen der QM-Richtlinie des G-BA

Damit bildet das Qualitätssiegel Geriatrie als Qualitätsmanagementverfahren auch in Zukunft eine fachlich fundierte Grundlage für die Sicherung und Verbesserung der Qualität geriatricspezifischer Einrichtungen.

Erläuterungen

Weibliche und männliche Form

In der vorliegenden Auditcheckliste wird der Begriff „Patient(en)“ verwendet. Dieser Begriff schließt sowohl die weibliche als auch die männliche Form ein.

Begriffsverwendung Angehörige/Bezugspersonen

Zur leichten Lesbarkeit wird für die Gruppen der Angehörigen und Bezugspersonen einheitlich der Begriff Angehörige verwendet.

Inhaltliche Anforderungen

Diese Auditcheckliste berücksichtigt die Anforderungen aus:

- der ISO 9001:2015
- dem Qualitätssiegel Geriatrie, Ausgabe 11-2005 ff.
- weiteren klinikspezifische Anforderungen

Hinweise zur Bearbeitung der Auditcheckliste

Die Fragestellung der Auditchecklisten konkretisiert an einigen Stellen die Anforderungen der Auditgrundlage und soll dem Auditor zur Beurteilung der vollständigen Anforderungen der Auditgrundlage behilflich sein. Die Fragen sollen durch den Auditor interpretiert und in Form von "offenen Fragen" gestellt werden, um so die jeweils vorgefundene Situation angemessen und individuell beurteilen zu können. Fragen/Kriterien, die auf die Einrichtung nicht zutreffen, sind zu streichen und müssen im Auditbericht nicht aufgenommen werden.

A	O = unkritische Abweichung	i.O.	<input checked="" type="checkbox"/> = Anforderung erfüllt
	X = kritische Abweichung		nr = nicht relevant
			H = ein Hinweis wird im Bericht gegeben
			E = eine Empfehlung wird im Bericht gegeben

Bei Abweichungen ist ein Abweichungsbericht zu erstellen.

Bei kritischen Abweichungen ist im Regelfall ein Nachaudit durchzuführen.

Kritische Abweichung

Jegliche Abweichung, die zur nichtkonformen Erbringung einer Dienstleistung führen kann, wobei der daraus resultierende Fehler wesentliche Auswirkungen nach sich ziehen kann.

Eine Abweichung, die nach vorliegenden Kenntnissen und Erfahrungen wahrscheinlich zu einem Versagen des Systems oder zu einer wesentlichen Einschränkung seiner Fähigkeit führt.

Unkritische Abweichung

Ein Nichteinhalten der Anforderungen der Zertifizierungsgrundlage, das nach vorliegenden Kenntnissen und Erfahrungen wahrscheinlich nicht zum Versagen des Systems oder zur nichtkonformen Erbringung einer Dienstleistung führt.

Ein Fehler in einem Teil der System-Dokumentation bezüglich einer Anforderung der Zertifizierungsgrundlage.

Hinweis: Eine Anzahl unkritischer Abweichungen kann kombiniert ein völliges Versagen des Systems darstellen und damit als kritische Abweichung angesehen werden.

Nachweis der Behebung von Abweichungen

Um die Behebung von festgestellten Abweichungen nachzuvollziehen, kann ein Nachaudit vor Ort oder eine Bewertung von nachzureichenden Unterlagen vorgenommen werden. Die Einreichung von Unterlagen ist ausreichend, wenn der Nachweis zur Behebung der Abweichung in „Papierform“ erbracht werden kann. Nachaudits können sowohl bei „Kritischen Abweichungen“ als auch bei „Unkritischen Abweichungen“ durchgeführt werden. Ein Nachaudit ist durchzuführen, wenn die Behebung der Abweichung nur vor Ort festgestellt werden kann.

Hinweise

Hinweise sind zu formulieren, wenn Schwachstellen innerhalb des Managementsystems erkannt wurden und entsprechende Maßnahmen zur Verbesserung des Managementsystems einzuleiten sind. Werden keine (wirksamen) Maßnahmen zur Beseitigung der Schwachstelle durchgeführt, führt dies zu einer Abweichung beim nächsten Audit. Beim Aufzeigen von Hinweisen ist die Formulierung „muss“ zu verwenden.

Empfehlungen

Empfehlungen sind zu formulieren, wenn Verbesserungsmöglichkeiten innerhalb des Managementsystems erkannt wurden und die Umsetzung entsprechender Maßnahmen zur Weiterentwicklung des Managementsystems beitragen könnte. Empfehlungen sind Anregungen und Hilfestellungen, die nicht zwingend umgesetzt werden müssen. Beim Aufzeigen von Empfehlungen ist die Formulierung „sollte“ zu verwenden.

Inhalt

4	Kontext der Organisation	9
4.1	Zusammenhang der Organisation	9
4.2	Verstehen der Erfordernisse und Erwartungen interessierter Parteien	9
4.3	Festlegen des Anwendungsbereichs des Qualitätsmanagementsystems.....	9
4.4	Qualitätsmanagementsystem	9
5	Führung	10
5.1	Führung und Verpflichtung der obersten Leitung	10
5.1.1	Allgemeines.....	10
5.1.1.1	Leitbild.....	10
5.1.1.2	Einrichtungskonzept	10
5.1.2	Kundenorientierung.....	11
5.1.2.1	Patientenorientierung	11
5.2	Qualitätspolitik.....	11
5.3	Rollen, Verantwortlichkeiten und Befugnisse in der Organisation	12
6	Planung	13
6.1	Umgang mit Risiken und Chancen	13
6.2	Qualitätsziele und Planung zu deren Erreichung	13
6.3	Planung von Änderungen des Qualitätsmanagementsystems.....	13
7	Unterstützung	15
7.1	Ressourcen	15
7.1.1	Allgemeines.....	15
7.1.1.1	Investitionsplanung	15
7.1.2	Personen.....	15
7.1.3	Infrastruktur.....	15
7.1.3.1	Allgemeines.....	15
7.1.3.2	Patientenzimmer.....	17
7.1.3.3	Berufsspezifische Infrastruktur	18
7.1.4	Prozessumgebung.....	22
7.1.4.1	Arbeitsschutz.....	22
7.1.4.2	Brandschutz	22
7.1.4.3	Nichtmedizinische Notfallsituation und Medizinisches Notfallmanagement.....	23
7.1.4.4	Hygiene und Hygienerichtlinien	24
7.1.4.5	Umgang mit Infektionen.....	24
7.1.5	Überwachung von Medizinprodukten (MP) und sonstigen Geräten	24
7.1.6	Wissen der Organisation.....	25
7.2	Kompetenzen	25
7.2.1	Personalbedarfsplanung/Personalentwicklung.....	28
7.2.2	Einarbeitung neuer Mitarbeiter	29
7.2.3	Fort- und Weiterbildung.....	29
7.3	Bewusstsein	30
7.4	Interne Kommunikation	30
7.5	Dokumentierte Information.....	31
7.5.1	Allgemeines.....	31
7.5.2	Erstellung und Aktualisierung dokumentierter Informationen	31
7.5.3	Lenkung dokumentierter Informationen	31
7.5.3.1	Lenkung von Patientendaten und patientenbezogenen Dokumenten.....	32
7.5.3.2	Datenschutz/Schweigepflicht.....	32
8	Prozesse der Leistungserbringung	33
8.1	Planung und Steuerung der Prozesse der Leistungserbringung.....	33
8.2	Patientenbezogene Prozesse	33
8.2.1	Allgemeines.....	33

8.2.2	Ermittlung der Anforderungen zur Leistungserbringung	34
8.2.2.1	Aufnahme	34
8.2.2.2	Ersteinschätzung bei Aufnahme.....	34
8.2.2.3	Diagnostik	35
8.2.2.4	Therapie	35
8.2.3	Überprüfung der Anforderungen zur Leistungserbringung	36
8.2.4	Änderung von Anforderungen zur Leistungserbringung.....	36
8.2.5	Kommunikation mit Patienten und weiteren interessierten Parteien	36
8.2.5.1	Vorbereitung der stationären Behandlung	36
8.2.5.2	Integration des Patienten in die Behandlungsplanung.....	36
8.2.5.3	Information und Aufklärung von Patienten und Angehörigen.....	37
8.2.5.4	Öffentlichkeitsarbeit und externe Kommunikation	37
8.3	Entwicklung neuer Leistungen.....	37
8.3.1	Allgemeines.....	38
8.3.2	Entwicklungsplanung.....	38
8.3.3	Entwicklungseingaben	38
8.3.4	Steuerung der Entwicklung	38
8.3.5	Entwicklungsergebnisse.....	39
8.3.6	Entwicklungsänderungen	39
8.4	Extern bereitgestellte Prozesse, Produkte und Leistungen	39
8.4.1	Allgemeines.....	39
8.4.2	Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln	40
8.4.3	Zugekaufte Dienstleistungen und Konsile	40
8.4.4	Informationen für externe Anbieter	40
8.5	Realisierungsprozesse	41
8.5.1	Behandlungs- und Betreuungsprozesse.....	41
8.5.1.1	Notfallaufnahme	41
8.5.1.2	Planung und Festlegung des Behandlungsprozesses.....	41
8.5.1.3	Umfassende Behandlung des Patienten	42
8.5.1.3.1	Berufsgruppenübergreifende Anforderungen	43
8.5.1.3.2	Ärztlicher Dienst	43
8.5.1.3.3	Pflegedienst	43
8.5.1.3.4	Physiotherapie/Physikalische Therapie	44
8.5.1.3.5	Ergotherapie	44
8.5.1.3.6	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	45
8.5.1.3.7	Sozialdienst	45
8.5.1.3.8	Psychologischer Dienst	46
8.5.1.3.9	Seelsorge	46
8.5.1.3.10	Ernährungsberatung	46
8.5.1.4	Visiten	46
8.5.1.5	Entlassung und Verlegung	47
8.5.1.6	Umgang mit Sterben und Tod	47
8.5.2	Validierung der Prozesse zur Leistungserbringung	48
8.5.2.1	Dokumentation von Patientendaten	48
8.5.3	Eigentum der Patienten, Angehörigen oder externen Anbieter.....	49
8.5.4	Erhaltung	50
8.5.4.1	Anwendung von Arzneimitteln.....	50
8.5.4.2	Anwendung von Blut und Blutprodukten	50
8.5.5	Änderungen	51
8.6	Überwachung und Messung der Leistung	51
8.6.1	Qualitätssicherung/Ergebnisqualität in der Behandlung von Patienten	51
8.7	Umgang mit Fehlern.....	51
8.7.1	Korrekturmaßnahmen.....	52
8.7.2	Umgang mit Rückmeldungen von interessierten Parteien.....	53

9	Bewertung der Leistung	54
9.1	Überwachung, Messung, Analyse und Bewertung	54
9.1.1	Allgemeines.....	54
9.1.2	Zufriedenheit interessierter Parteien	54
9.1.2.1	Zufriedenheit von Patienten	54
9.1.3	Datenanalyse	54
9.1.3.1	Interne und externe Maßnahmen zur Qualitätssicherung	55
9.1.3.2	Leistungsplanung und -steuerung.....	55
9.1.3.2.1	Leistungsplanung.....	55
9.1.3.2.2	Leistungssteuerung.....	56
9.1.3.3	Finanzielles Controlling in der Patientenversorgung	56
9.2	Internes Audit	56
9.3	Managementbewertung.....	57
9.3.1	Allgemeines.....	57
9.3.2	Eingaben für die Bewertung.....	58
9.3.3	Ergebnisse der Bewertung	58
10	Verbesserung	59
10.1	Allgemeines.....	59
10.2	Fortlaufende Verbesserung	59

Kap.	Fragen	Hinweise
4	Kontext der Organisation	
4.1	Zusammenhang der Organisation	
	Bestimmt, überwacht und überprüft die Einrichtung die für sie relevanten internen und externen Themen, die Auswirkungen auf die Ergebnisse ihres Qualitätsmanagementsystems haben können?	Dies können sowohl positive als auch negative Faktoren sein. Diese können u. a. aus den Bereichen gesetzliche Anforderungen, wirtschaftliche Bedingungen, Werte der Organisation o.v.m. kommen.
4.2	Verstehen der Erfordernisse und Erwartungen interessierter Parteien	
	Bestimmt, überwacht und überprüft die Einrichtung die für sie relevanten interessierten Parteien und deren Anforderungen an das Qualitätsmanagementsystem?	
4.3	Festlegen des Anwendungsbereichs des Qualitätsmanagementsystems	
	Bestimmt die Einrichtung den Anwendungsbereich ihres Qualitätsmanagementsystems unter Berücksichtigung der in 4.4 genannten Anforderungen und erhält diesen aufrecht? Werden nicht zutreffende Anforderungen, die nicht die Konformität der Leistungserbringung oder die Erhöhung der Kundenzufriedenheit beeinträchtigen, benannt und begründet?	Diese Festlegung muss als dokumentierte Information vorliegen.
4.4	Qualitätsmanagementsystem	
	Sind die für das Qualitätsmanagementsystem erforderlichen Prozesse festgelegt und beschrieben, inkl. folgender Aspekte: <ul style="list-style-type: none"> • Abfolge und Wechselwirkung • Verantwortlichkeiten und Befugnisse • Kriterien zur Durchführung/Lenkung • benötigte Ressourcen/Informationen zur Durchführung und Überwachung • Überwachung, Messung (soweit zutreffend) und Analyse • Maßnahmen zur Erreichung geplanter Ergebnisse sowie zur fortlaufenden Verbesserung der Prozesse • Leiten/Lenken gemäß Anforderungen • Chancen und Risiken für die Übereinstimmung mit den Anforderungen nach 6.1 Werden diese Prozesse verwirklicht, aufrechterhalten, bewertet und fortwährend verbessert?	Werden Prozesse ausgegliedert, müssen Art und Umfang der Lenkung festgelegt sein und durch geeignete Maßnahmen sichergestellt werden. Die Verantwortung zur Erfüllung der Kundenanforderungen sowie der gesetzlichen und behördlichen Anforderungen kann dabei nicht weitergegeben werden. Dazu müssen dokumentierte Informationen vorliegen und aufbewahrt werden.

Kap.	Fragen	Hinweise
5	Führung	
5.1	Führung und Verpflichtung der obersten Leitung	
5.1.1	Allgemeines	
	<p>Übernimmt die oberste Leitung Rechenschaft für die Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems und kann sie ihre Führung und Verpflichtung bzgl. der Verwirklichung des Qualitätsmanagementsystems und des Strebens nach fortlaufender Verbesserung nachweisen durch:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Vermittlung der Bedeutung der Erfüllung bestehender Anforderungen (von Kundengruppen wie z. B. Patienten, Behandler, Leistungsträger und Kooperationspartnern sowie Gesetzgeber und Behörden) und Integration in die Geschäftsprozesse b) prozessorientierte Vorgehensweise c) risikobasiertes Denken d) Festlegung der Qualitätspolitik e) Sicherstellung der Festlegung von Qualitätszielen für alle Funktionsbereiche und Ebenen f) Durchführung regelmäßiger Managementbewertungen g) Sicherstellung der Verfügbarkeit erforderlicher Ressourcen h) Einsatz, Anleitung und Unterstützung von Personen, die zur Wirksamkeit beitragen sowie Unterstützung relevanter Leitungskräfte, um deren Rolle deutlich zu machen i) Sicherstellung, dass das Qualitätsmanagementsystem die beabsichtigten Ergebnisse erzielt 	<p>Die oberste Leitung muss nachweisen, wie sie ihrer Führung und Verpflichtung gerecht wird.</p> <p>U.a. Anforderungen SGB IX, Medizinprodukte, Hygiene, Arbeitsschutz, Brandschutz.</p> <p>Q-Politik und Q-Ziele müssen mit dem Kontext und der strategischen Ausrichtung der Einrichtung vereinbar sein.</p>
5.1.1.1	Leitbild	
	<p>Wurde ein Leitbild schriftlich festgelegt?</p> <p>Wurden die Mitarbeiter der Einrichtung aktiv an der Erstellung beteiligt?</p> <p>Wird das Leitbild mindestens einmal jährlich auf Aktualität überprüft, bei Bedarf aktualisiert und in der Einrichtung kommuniziert?</p>	<p>Das Leitbild veranschaulicht den Mitarbeitern, Patienten, Kooperationspartnern, Interessenten und der Öffentlichkeit die Ziele und Werte der Einrichtung. Es beschreibt die Grundsätze und Wertvorstellungen für das Handeln in der Einrichtung.</p>
5.1.1.2	Einrichtungskonzept	
	<p>Liegt in der Einrichtung ein verbindliches und schriftlich ausgearbeitetes Einrichtungskonzept vor und macht es mindestens Aussagen zu folgenden Aspekten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trägerstruktur und Rahmenbedingungen 	<p>Das Einrichtungskonzept ist verbindliche Handlungsorientierung für alle Mitarbeiter.</p>

Kap.	Fragen	Hinweise
	<ul style="list-style-type: none"> • Darstellung des gesamten Leistungsspektrums • relevante Rahmenvorgaben der Leistungsträger (z. B. Anwendung von medizinischen Leitlinien) • Berücksichtigung von anerkannten medizinischen Erkenntnissen und des fachwissenschaftlichen Diskussionsstandes <p>Wird das Einrichtungskonzept regelmäßig überprüft und bei Bedarf aktualisiert?</p> <p>Wird das Einrichtungskonzept gegenüber allen interessierten Parteien (Mitarbeiter, Leistungsträger,...) kommuniziert?</p>	
5.1.2	Kundenorientierung	
	<p>Zeigt die oberste Leitung Führung und Verpflichtung im Hinblick auf die Kundenorientierung?</p> <p>Werden die Kundenanforderungen auf geeignete Weise ermittelt, verstanden und beständig erfüllt?</p> <p>Werden gesetzliche und behördliche Anforderungen auf geeignete Weise ermittelt, verstanden und beständig erfüllt?</p> <p>Werden Chancen und Risiken, die die Leistungserbringung beeinflussen können, bestimmt und behandelt?</p> <p>Werden die Kundenanforderungen berücksichtigt, um die Kundenzufriedenheit zu erreichen, aufrechtzuerhalten und zu erhöhen?</p>	<p>z. B. durch Befragungen von Patienten, Angehörigen, Mitarbeitern und Zuweisern</p>
5.1.2.1	Patientenorientierung	
	<p>Berücksichtigt die Patientenorientierung während der Behandlung mindestens folgende Aspekte:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Privatsphäre bei Anamnese und klinischer Eingangsuntersuchung b) eine angemessene Betreuung während der Wartezeiten c) eindeutige Kennzeichnung der Mitarbeiter für Patienten und Besucher d) leicht erkennbare Information zur Vereinbarung von Gesprächen mit Angehörigen 	
5.2	Qualitätspolitik	
	<p>Ist eine Qualitätspolitik durch die oberste Leitung festgelegt, umgesetzt und aufrechterhalten,</p> <ul style="list-style-type: none"> • die für den Zweck und Zusammenhang der Einrichtung 	<p>Die Qualitätspolitik muss einen Rahmen zum Festlegen und Bewerten von Qualitätszielen bieten. Qualitätspolitik und Betriebszweck der Einrichtung müssen aufeinander abgestimmt sein.</p>

Kap.	Fragen	Hinweise
	<p>angemessen ist</p> <ul style="list-style-type: none"> • die deren strategische Ausrichtung unterstützt • die einen Rahmen für die Qualitätsziele bietet • die eine Verpflichtung zur Erfüllung von Anforderungen und zur fortlaufenden Verbesserung enthält <p>Wird den Mitarbeitern diese Qualitätspolitik vermittelt, von diesen verstanden und angewendet und ist sie für interessierte Parteien verfügbar?</p> <p>Werden Angemessenheit und Aktualität der Qualitätspolitik regelmäßig bewertet?</p>	<p>Die Qualitätspolitik muss als dokumentierte Information vorhanden sein.</p> <p>z. B. durch interne Schulungen</p> <p>z. B. im Rahmen der Managementbewertung</p>
5.3	Rollen, Verantwortlichkeiten und Befugnisse in der Organisation	
	<p>Sind Verantwortlichkeiten und Befugnisse durch die oberste Leitung angemessen geregelt und bekannt gemacht?</p> <p>Sind folgende Verantwortlichkeiten und Befugnisse zugewiesen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sicherstellung, dass das Qualitätsmanagementsystem die Anforderungen des Betriebszwecks/der Leistungserbringung erfüllt • Sicherstellung, dass die Abläufe/Prozesse die beabsichtigten Ergebnisse liefern • Ermittlung der Leistung des Qualitätsmanagementsystems und Aufzeigen von Notwendigkeiten und Möglichkeiten für Verbesserungen gegenüber der obersten Leitung • Förderung der Kundenorientierung • Sicherstellung der Integrität des Qualitätsmanagementsystems bei Veränderungen <p>Gibt es ein übergeordnetes zentrales, berufsgruppenübergreifendes Gremium mit enger Einbindung der obersten Leitung?</p>	<p>z. B. in Organigrammen, Aufgabenbeschreibungen, Stellenbeschreibungen</p> <p>ISO 9000 definiert als oberste Leitung: Person oder Personengruppe, die eine Organisation auf der obersten Ebene leitet und lenkt.</p>

Kap.	Fragen	Hinweise
6	Planung	
6.1	Umgang mit Risiken und Chancen	
	<p>Hat die Einrichtung Risiken und Chancen bestimmt, die behandelt werden müssen, um sicherzustellen, dass das Qualitätsmanagementsystem die beabsichtigten Ergebnisse erzielt, erwünschte und unerwünschte Auswirkungen berücksichtigt und Verbesserungen erzielt werden?</p> <p>Hat die Einrichtung Maßnahmen zum Umgang mit Risiken und Chancen geplant, diese in die Prozesse integriert und umgesetzt, sowie deren Wirksamkeit bewertet?</p> <p>Hat die Einrichtung eine individuelle Risikostrategie entwickelt, die Risiken erkennt, bewertet, bewältigt und überwacht?</p> <p>Werden kritische und unerwünschte Ereignisse sowie aufgetretene Schäden analysiert?</p> <p>Werden aus den Risiken, kritischen und unerwünschten Ereignissen sowie den Schäden Präventionsmaßnahmen abgeleitet und diese umgesetzt?</p>	<p>Maßnahmen zum Umgang mit Risiken und Chancen müssen im Verhältnis zur möglichen Auswirkung auf die Erfüllung der Anforderungen zur Leistungserbringung stehen.</p>
6.2	Qualitätsziele und Planung zu deren Erreichung	
	<p>Bestehen messbare Qualitätsziele für alle relevanten Unternehmensbereiche und stehen diese im Einklang mit der durch die oberste Leitung festgelegten Qualitätspolitik?</p> <p>Entsprechen die Qualitätsziele den zutreffenden Anforderungen und sind sie für die Konformität der Leistungserbringung relevant?</p> <p>Sind die Qualitätsziele für die Erhöhung der Kundenzufriedenheit von Bedeutung?</p> <p>Wird die Erreichung der Qualitätsziele überwacht und wird die Erfüllung mindestens einmal jährlich bewertet?</p> <p>Werden die festgelegten Qualitätsziele erreicht und mindestens einmal jährlich aktualisiert bzw. neu definiert?</p> <p>Hat die Einrichtung festgelegt, welche Maßnahmen erfolgen sollen, welche Ressourcen erforderlich sind und wer in welchem Zeitraum verantwortlich ist?</p>	<p>Messbare Qualitätsziele müssen insbesondere für die Bereiche festgelegt sein, die (mit)verantwortlich sind für die Erfüllung der bestehenden Anforderungen an angebotene Leistungen.</p> <p>Über Qualitätsziele müssen dokumentierte Informationen vorliegen.</p>
6.3	Planung von Änderungen des Qualitätsmanagementsystems	
	<p>Stellt die oberste Leitung sicher, dass die Planung des Qualitätsmanagementsystems</p>	<p>Dabei sind die Anforderungen gemäß 4.4 zu berücksichtigen (inkl. Festlegung der Prozesse sowie Erfüllung der</p>

Kap.	Fragen	Hinweise
	<p>erfolgt, um die bestehenden Anforderungen zu erfüllen und die Qualitätsziele zu erreichen?</p> <p>Ist sichergestellt, dass die Funktionsfähigkeit des Qualitätsmanagementsystems in jeder Situation (z. B. bei Änderungen) aufrechterhalten bleibt?</p> <p>Sind der Zweck der Änderung, mögliche Konsequenzen, Ressourcen sowie Verantwortlichkeiten und Befugnisse berücksichtigt?</p>	<p>Qualitätsziele).</p> <p>Zur Planung des Qualitätsmanagementsystems kann eine strukturierte Zielplanung für die Gesamteinrichtung gehören.</p>

Kap.	Fragen	Hinweise
7	Unterstützung	
7.1	Ressourcen	
7.1.1	Allgemeines	
	Werden ausreichende Mittel bereitgestellt, um <ul style="list-style-type: none"> • das Qualitätsmanagementsystem aufrechtzuerhalten, weiterzuentwickeln und dessen Wirksamkeit fortlaufend zu verbessern • die Kundenanforderungen zu erfüllen • die Kundenzufriedenheit zu erhöhen Hat die Einrichtung die Grenzen interner Ressourcen und die Notwendigkeit des Bezugs externer Leistungen berücksichtigt?	Dies betrifft insbesondere Personal, Infrastruktur und Prozessumgebung.
7.1.1.1	Investitionsplanung	
	Werden geplante Investitionen schriftlich fixiert (z. B. in einem 3-Jahresplan)? Wird die Planung zu Investitionen regelmäßig überprüft und bei Bedarf aktualisiert? Werden die verantwortlichen Leitungskräfte über die Investitionsplanung regelmäßig sowie bei Bedarf informiert?	
7.1.2	Personen	
	Hat die Einrichtung Personen zur Umsetzung des Qualitätsmanagementsystems und für die Durchführung und Steuerung der Prozesse bestimmt und bereitgestellt?	
7.1.3	Infrastruktur	
	Stellt die Einrichtung die zur ordnungsgemäßen Leistungserbringung erforderliche Infrastruktur (u. a. Gebäude, Ausstattung, Technik) bereit und hält diese instand?	
7.1.3.1	Allgemeines	
	Ist die Struktur der geriatrischen Einrichtung hinreichend als selbstständig abgegrenzt von anderen Strukturen des Krankenhauses? Sind die Bettenstrukturen als eigenständige Einheit ausgewiesen? Ist die Bettenzahl ausreichend zur Bildung eines eigenständigen geriatrischen Teams, d. h. mind. 20 Betten?	Die eigenständige Einheit muss eine zusammenhängende Bettenstruktur aufweisen, sowie räumlich gegenüber anderen fachlichen Einheiten abgegrenzt sein.
	Gibt es einen barrierefreien Zugang gemäß BGG § 4 zur geriatrischen Einrichtung sowie zu allen patientengebundenen Räumlichkeiten, oder werden die jeweiligen landesrechtlichen	Gilt für neu errichtete Einrichtungen ab dem 01.10.2018 Bezieht sich ausschließlich auf den räumlich-physischen Zugang.

Kap.	Fragen	Hinweise
	<p>Bestimmungen berücksichtigt?</p> <p>Verfügt der Zugang zur geriatrischen Einrichtung über eine automatisch öffnende Tür von mind. 90 cm Breite?</p> <p>Ist die Verkehrsfläche der geriatrischen Einrichtung insgesamt so dimensioniert, dass diese dem hohen Anteil an Rollstuhlfahrern und dem hohen Einsatz von Rollatoren gerecht wird?</p> <p>Sind die patientengebundenen Räumlichkeiten weitgehend für Rollstuhlfahrer geeignet, d.h.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sind Durchgänge/Wege mind. 90 cm breit? • Ist die Flurbreite ausreichend für zwei Rollstühle dimensioniert, d.h. mind. 180 cm breit? • Sind die Bewegungsflächen vor wesentlichen, immobilien Einrichtungsgegenständen mind. 150 x 150 cm groß? • Sind die Türen keine Karussell- oder Rotationstüren? • Sind die Schwellen nicht höher als 2 cm? <p>Sind die Flure in den patientengebundenen Räumlichkeiten mind. an einer Seite mit Handläufen ausgestattet?</p> <p>Sind die Treppen beidseitig mit Handläufen ausgestattet? Sind im Bereich der Treppenabsätze und Fensteröffnungen sowie über die letzten Stufen hinaus die Handläufe einseitig geführt?</p> <p>Sind mindestens 65 % der Patientenzimmer Ein- und Zweibettzimmer?</p> <p>Verfügt die geriatrische Einrichtung über einen ausreichend dimensionierten Aufenthalts- und/oder Speiseraum für Patienten?</p> <p>Sind alle von Patienten genutzten Räumlichkeiten mit einer Rufanlage ausgestattet, die von den Patienten jederzeit erreicht werden kann?</p> <p>Ist ein systematisches, verständliches, aktuelles, geriatricspezifisches Wegeleitsystem eingerichtet?</p> <p>Besteht für Patienten die Möglichkeit, spezifische Räumlichkeiten zu nutzen (z. B. zur vertraulichen Kommunikation, Speiseraum, Aufenthaltsraum, Raum der Stille, Cafeteria)?</p> <p>Ist durch die Räumlichkeiten gewährleistet, dass die einzelnen Berufsgruppen Einzelgespräche durchführen können?</p> <p>Verfügt die geriatrische Einrichtung über mind. einen zusätzlichen Abstellraum (u. a. für</p>	<p>Gilt für Einrichtungen, die bis zum 01.10.2018 errichtet wurden.</p> <p>Da der Raumbedarf situationsabhängig zu beurteilen ist, sollte davon ausgegangen werden, dass Aufenthalts- und/oder Speiseraum „ausreichend dimensioniert“ sind, wenn 50% der Patienten diese gemeinsam nutzen können. Mehrere Räume dürfen für die Bemessung dieses Platzbedarfs zusammengezählt werden.</p> <p>Gemeint sind Patientenzimmer, Therapie-, Sanitär- und Gemeinschaftsräume.</p> <p>z. B. Funkklingel/Kabelverlängerungen</p> <p>Geriatriespezifisch meint hier, für den geriatrischen Patienten geeignet.</p> <p>Flurnische ist nicht ausreichend, offene Flurerweiterung reicht ebenfalls nicht aus.</p> <p>Die zur Verfügung stehende Fläche muss dem sich ändernden Bedarf angepasst werden. Es dürfen keine Flure,</p>

Kap.	Fragen	Hinweise
	<p>Rollstühle, Toilettenstühle, Gehhilfen, Pflegemittel)?</p> <p>Existiert ein Raum, in dem Teambesprechungen stattfinden können, ohne dass der Routinebetrieb eingeschränkt wird?</p> <p>Gibt es Aufnahmemöglichkeiten für Begleitpersonen?</p> <p>Gibt es einen Raum für die Abschiednahme von Verstorbenen?</p> <p>Sofern sich auf der Etage/Station keine Patientenzimmer mit folgender Ausstattung befinden, muss auf der Etage/Station mind. ein Sanitärraum folgendermaßen ausgestattet sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rutschhemmender Bodenbelag • Duscmöglichkeit mit Duschsitz, zugänglich vom Pflegepersonal von beiden Seiten bzw. von vorn und von einer Seite, Haltegriffe • in den Boden eingelassener Duschabfluss (ohne deutliche Schwellenbildung) • Toiletten mit Haltegriffen (Empfehlung: wegklappbar) • ausreichend große (Empfehlung: 60 cm) Waschbecken, rollstuhlunterfahrbar, Oberkante 80 cm, genügend seitlichen Abstand zur Wand • Spiegel über Waschbecken muss im Stehen und Sitzen einsehbar sein <p>und insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bewegungsfläche links oder rechts neben dem WC beträgt mind. 70 x 90 cm • Tür zum Sanitärraum mind. 90 cm breit 	<p>Funktionsräume belegt werden.</p> <p>Auch in Kooperation möglich (z. B. Gästehaus)</p> <p>Muss nicht ausschließlich der geriatrischen Einrichtung zugeordnet sein.</p>
7.1.3.2	Patientenzimmer	
	<p>Sind die Zimmer ausreichend dimensioniert, um mit Rollstuhl und/oder Rollator benutzt werden zu können?</p> <p>Sind folgende Ausstattungsmerkmale vorhanden und erfüllen diese nachfolgende Anforderungen:</p> <p>a) Betten</p> <ul style="list-style-type: none"> • höhenverstellbar, rollbar, mit leicht montierbaren/integrierten und absenkbaren Bettgittern • Telefon, Fernseh- und Rundfunkanschluss (im Raum ausreichend) • Sauerstoffanschluss bzw. Sauerstoff-/Druckluftgabe möglich <p>b) Schrank</p>	<p>auch mobil ist ausreichend</p>

Kap.	Fragen	Hinweise
	<ul style="list-style-type: none"> • so dimensioniert, dass ausreichend Alltagskleidung untergebracht werden kann • abschließbares Wertfach oder zentrale Verwahrung <p>c) Tische und Stühle</p> <ul style="list-style-type: none"> • besonders stabil und kippsicher • überwiegend Stühle z.T. mit Armlehnen und waschbaren bzw. abwaschbaren Sitzbezügen <p>d) Sanitärraum</p> <ul style="list-style-type: none"> • rutschhemmender Bodenbelag • Duschmöglichkeit mit Duschsitz zugänglich vom Pflegepersonal von beiden Seiten bzw. von vorn und von einer Seite, Haltegriffe • in den Boden eingelassener Duschabfluss (ohne deutliche Schwellenbildung) • Toiletten mit Haltegriffen (Empfehlung: wegklappbar) • ausreichend große (Empfehlung: 60 cm) Waschbecken, rollstuhlfahrbar, Oberkante 80 cm, genügend seitlichen Abstand zur Wand • Spiegel über Waschbecken muss im Stehen und Sitzen einsehbar sein 	<p>Sanitärraum:</p> <p>Für Einrichtungen, die vor dem 01.10.2018 erbaut wurden, gilt:</p> <p>„Verfügt jedes Patientenzimmer über einen räumlich eindeutig zugeordneten Sanitärraum, so dass max. 5 Betten oder zwei benachbarte Patientenzimmer auf einen gemeinsam genutzten Sanitärraum entfallen?“</p> <p>Spezifische Bau- und Planungsvorgaben müssen bei der Beurteilung der Zuordnung der Sanitärräume zu den Patientenzimmern Beachtung finden.</p> <p>Die Duschmöglichkeit kann sich auch außerhalb des Sanitärraums/Patientenzimmers befinden, muss diesem jedoch eindeutig zugeordnet sein.</p>
	<p>Sind mind. 50 % der Patientenzimmer (bei Bedarf entsprechend mehr) hinreichend dimensioniert, um Patienten die aktive Nutzung von Rollstühlen zu ermöglichen?</p> <p>Werden für diese Patientenzimmer nachfolgende Anforderungen zusätzlich erfüllt:</p> <p>Zu a)</p> <ul style="list-style-type: none"> • neben jedem Patientenbett links oder rechts je eine Bewegungsfläche von mind. 150 x 150 cm <p>Zu d)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bewegungsfläche links oder rechts neben dem WC beträgt mind. 70 x 90 cm • Tür zum Sanitärraum mind. 90 cm breit 	<p>Bei gemeinsamer Nutzung der Bewegungsfläche muss der Abstand zwischen den Betten mind. 200 cm betragen.</p>
7.1.3.3	Berufsspezifische Infrastruktur	
	<p>Ist der Therapiebereich der geriatrischen Einrichtung zugeordnet und für Patienten mit angemessenem Aufwand zu erreichen?</p> <p>Ist der Raumbedarf des Therapiebereichs nach der Anzahl der durchschnittlich belegten Betten ausgerichtet?</p>	<p>Empfehlung: Jeder Etage sollten eigene Therapieräume zugeordnet sein.</p> <p>Empfehlung: Pro durchschnittlich belegtem Bett sollten ca. 4 m² berechnet werden. Von der Berechnung des Raumbedarfs für den Therapiebereich ist das Bewegungsbad ausgenommen. Abweichungen von dieser Zahl sind unter Berücksichtigung</p>

Kap.	Fragen	Hinweise
	<p>Wird bei einer Bettenerweiterung auch der Therapiebereich proportional räumlich erweitert?</p> <p>Verfügt jede geriatrische Einheit (zumeist Station) über mind. einen Therapieraum?</p> <p>Steht für die geriatrische Einrichtung mind. ein Gruppentherapieraum, der berufsübergreifend genutzt werden kann, zur Verfügung?</p> <p>Ist der Gruppentherapieraum mind. mit Matten, Hocker oder Stühlen ausgestattet?</p> <p>Steht für jeden Therapeuten (bezogen auf Vollzeitbeschäftigte) eine Therapiemöglichkeit außerhalb des Patientenzimmers zur Verfügung?</p> <p>Stehen ausreichend mobile/stationäre PCs für alle Berufsgruppen zur Verfügung?</p> <p>Orientiert sich die Anzahl der höhenverstellbaren Therapietische und -liegen an der Anzahl der durchschnittlich belegten Betten?</p>	<p>besonderer Bedingungen möglich.</p> <p>Ab 01.10.2018</p> <p>Empfehlung: ein PC pro fünf Betten</p>
	<p>Ärztlicher Dienst</p>	
	<p>Gibt es ein Arztzimmer mit Untersuchungsmöglichkeit oder einen Untersuchungsraum?</p> <p>Ist die apparativ-technische Ausstattung vorhanden oder durch Kooperationen zeitnah verfügbar, um die Diagnostik der Haupt- und Begleitdiagnosen einschließlich der Notfalldiagnostik und -behandlung in der geriatrischen Einrichtung durchführen, abschließen bzw. ergänzen zu können:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Labor • Radiologie • Herz-/Kreislauf-Diagnostik • Endoskopie • Sonographie • Lungenfunktion 	
	<p>Pflegerischer Dienst</p>	
	<p>Gibt es ein Dienstzimmer für den pflegerischen Dienst?</p> <p>Gibt es einen ausreichend dimensionierten Platz für die Lagerung der Medikamente?</p> <p>Gibt es eine Möglichkeit zur ungestörten Vorbereitung der Medikamentenvergabe?</p> <p>Gibt es eine Möglichkeit zur ungestörten Vorbereitung der Behandlungspflege?</p>	
	<p>Physiotherapie/Physikalische Therapie</p>	
	<p>Ist mind. ein Einzeltherapieraum vorhanden?</p>	

Kap.	Fragen	Hinweise
	<p>Sind die Behandlungsräume mit (möglichst elektrisch) höhenverstellbaren Therapieliegen ausgerüstet? Ist mind. eine der Therapieliegen 120 cm breit?</p> <p>Aus folgenden Möglichkeiten zur Behandlung stehen mind. 50 % zur Verfügung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Balancepad zur Gleichgewichts- und Koordinationsschulung • Beinpresse/Abduktorentrainer • Bewegungsbad (ggf. in Kooperation mit externen Partnern) • Bewegungsschiene für die Mobilisation von Schulter oder Knie • diverse Kleingeräte, die zur Physiotherapieausstattung gehören • Gehbarren • Geräte zur Ausdauerschulung getrennt in obere und untere Extremität • Großflächen-Massagegerät • Laufband (mit Gewichtsentlastung) • Laufstrecke mit unterschiedlichen Bodenbelägen, Steigungen und Stufen im Außenbereich • Maschine zum Training der Stützkraft Arme • Muskelstimulation und TENS • Mobilisationsrollstuhl • Motorbetriebener Bewegungstrainer • Möglichkeiten der Wärmeapplikation • Möglichkeiten zur Kälteapplikation • Posturomed zur Gleichgewichts- und Koordinationsschulung • Press Back/Rudermaschine/WS-Extensionstrainer • Seilzug bilateral • Schlingentisch • Stehapparat • Spiegel stationär und transportabel zur Visualisierung • Sprossenwand • Trampolin <p>Zudem sind aus folgenden sieben Anforderungen mind. zwei zu erfüllen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Sind ein Gehbarren und/oder ein Stehapparat vorhanden? 2) Ist bei Bedarf eine Laufstrecke mit unterschiedlichen Bodenbelägen, Steigungen und Stufen im Außenbereich nutzbar? 3) Ist ein Bewegungsbad (ggf. in Kooperation mit externen Partnern) verfügbar? 4) Ist ein Schlingentisch verfügbar? 5) Ist ein Armlabor vorhanden? 6) Ist ein Laufband (mit Gewichtsentlastung) vorhanden? 7) Ist ein motorbetriebener Bewegungstrainer vorhanden? <p>Ist der Umfang der verfügbaren Geräte dem</p>	

Kap.	Fragen	Hinweise
	<p>Patientenaufkommen angepasst und die Art der verfügbaren Geräte entsprechend dem Therapiebedarf der Patienten angemessen?</p> <p>Verfügt die Abteilung über folgende Ausstattungsmerkmale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thermotherapie • Elektrophysiotherapie • Inhalationsmöglichkeit 	
	<p>Ergotherapie</p>	
	<p>Ist mind. ein Einzeltherapieraum vorhanden?</p> <p>Gibt es in den Räumen mind. folgende Möglichkeiten zum alltagsorientierten Training:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Übungsmaterial für Gedächtnistraining • Übungsmaterial zur Verbesserung der Feinmotorik • Übungsmaterial für hauswirtschaftliche Tätigkeiten (z. B. Bügeln, Nähen, Holzbearbeitung) • Möglichkeit zur Speisenherstellung (z. B. Brot schneiden) <p>Eine der drei folgenden Möglichkeiten muss gegeben sein:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Therapieküche 2) Übungsbad (Wanne mit Lift zum alltagsorientierten Training) 3) Laufstrecke mit unterschiedlichen Bodenbelägen, Steigungen und Stufen <p>Sind Therapieliegen (möglichst elektrisch) höhenverstellbar?</p> <p>Gibt es mind. einen höhenverstellbaren Therapietisch?</p>	<p>Die Therapieliegen müssen sich nicht in den der Ergotherapie zugeordneten Räumen befinden.</p>
	<p>Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie</p>	
	<p>Steht ein ausreichend dimensionierter Raum für Einzeltherapie und/oder Angehörigengespräche je Vollzeitbeschäftigtem zur Verfügung?</p> <p>Ist anhand der Räumlichkeiten ruhiges Arbeiten möglich?</p> <p>Stehen mind. ein höhenverstellbarer Therapietisch und ein ausreichend großer Therapiespiegel zur Verfügung?</p> <p>Ist für Kau- und Schluckbehandlungen der Behandlungsraum mit einem größeren, möglichst unterfahrbaren Waschbecken ausgestattet?</p> <p>Ist eine Absaugmöglichkeit auf der geriatrischen Einheit (zumeist Station) unmittelbar für die Therapie verfügbar?</p>	<p>Eine Schallsolierung ist nicht notwendig.</p> <p>Empfehlung: Absaugmöglichkeit sollte sich in unmittelbarer Patientennähe befinden.</p>

Kap.	Fragen	Hinweise
	Sozialdienst	
	Sind im Rahmen der Sozialarbeit Einzelgespräche möglich? Stehen ausreichend dimensionierte Räumlichkeiten je Vollzeitbeschäftigtem mit geeigneter Bürokommunikation für die Sozialarbeit zur Verfügung?	
	Psychologischer Dienst	
	Beinhaltet die räumliche Ausstattung für jeden Psychologen einen eigenen Arbeitsraum mit Diagnostik und PC?	
	Konsiliartätigkeiten	
	Sind geeignete Räumlichkeiten für Konsiliarärzte (z. B. Zahnarzt, Augenarzt, Gynäkologe, Urologe, Hals-Nasen-Ohren-Arzt) vorhanden, sofern die Konsiliartätigkeit in der geriatrischen Einrichtung stattfindet?	Auch mit externen Partnern möglich.
7.1.4	Prozessumgebung	
	Stellt die Einrichtung die für die anforderungsgerechte Leistungserbringung erforderliche Prozessumgebung bereit und hält diese aufrecht?	Unter geeigneter Prozessumgebung können soziale, psychologische und physikalische Faktoren verstanden werden (z. B. diskriminierungsfrei, stressmindernd, Hygiene).
7.1.4.1	Arbeitsschutz	
	Sind eine Fachkraft für Arbeitssicherheit und ein Sicherheitsbeauftragter benannt? Ist ein Arbeitssicherheitsausschuss mit festgelegten Aufgaben eingerichtet? Finden regelmäßige Begehungen (z. B. Gefährdungsbeurteilungen) zum Arbeitsschutz statt? Liegen dokumentierte Informationen zum Arbeitsschutz vor? Werden die Vorschriften des Arbeitsschutzes den Mitarbeitern auf geeignete Weise bekannt gemacht? Finden regelmäßige (mindestens jährliche) Unterweisungen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz statt und werden diese Unterweisungen dokumentiert?	Beispiele für Dokumente: Gesetze, Verordnungen, Vorschriften, Verfahrensanweisungen, Arbeits- und Betriebsanweisungen, Verbandbuch, Prüfanweisungen, Checklisten, Formulare Beispiele für dokumentierte Informationen: Erste-Hilfe-Leistungen, Ergebnisse der Gefährdungsbeurteilung, Prüfberichte, Auditberichte, Wartungsberichte, Sitzungsprotokolle des AS-Ausschusses
7.1.4.2	Brandschutz	
	Ist die gesamte Einrichtung mit Flucht- und Rettungswegplänen ausgestattet und werden diese bei Bedarf aktualisiert? Existiert ein mit der Feuerwehr abgestimmter	

Kap.	Fragen	Hinweise
	<p>Plan über die Anfahrtswege der Feuerwehr?</p> <p>Finden regelmäßig (mindestens jährliche) Brandschutzunterweisungen für alle Mitarbeiter statt und werden diese Unterweisungen dokumentiert?</p> <p>Ist hierin auch eine Handlungsanweisung für den Telefondienst enthalten?</p> <p>Finden nachweislich Brandschutzübungen statt?</p>	
7.1.4.3	Nichtmedizinische Notfallsituation und medizinisches Notfallmanagement	
	<p>Bestehen Regelungen für den Umgang mit hausinternen Notfallsituationen und werden diese Pläne bei Bedarf aktualisiert?</p> <p>Ist hierin auch eine Handlungsanweisung für den Telefondienst enthalten?</p> <p>Gibt es Übungen für hausinterne Notfallsituationen?</p> <p>Besteht ein Notfallmanagement für hausinterne medizinische Notfälle (inkl. innerklinische Notfalltransporte)?</p> <p>Verfügt die Einrichtung über einen schriftlichen „Erste-Hilfe-Plan“?</p> <p>Hat die Einrichtung festgelegt, welche Mitarbeiter, in welcher Form und Häufigkeit an einem Reanimationstraining teilnehmen?</p> <p>Finden praktische Reanimationsübungen regelmäßig statt und werden diese Übungen dokumentiert?</p> <p>Gibt es eine standardisierte Notfallausrüstung auf den Stationen (z. B. Notfallkoffer, Defibrillator), in jeweils den baulichen Umständen der Einrichtung entsprechender Anzahl?</p> <p>Ist der Zugang zur Notfallmedikation sichergestellt?</p> <p>Gibt es Standards für die Wahrnehmung von Patientenfestlegungen (z. B. Patientenverfügung u. ä.)?</p> <p>Bestehen Handlungsorientierungen für Mitarbeiter zur Aufsichtspflicht für bestimmte Patientengruppen (z. B. bei kognitiven Einschränkungen)?</p> <p>Stellt das Krankenhaus sicher, dass die Aufsichtspflicht für Patientengruppen, die der Aufsichtspflicht bedürfen, gewährleistet ist?</p> <p>Wird bei den Maßnahmen sorgsam zwischen Schutz und Wahrung der persönlichen Freiheit abgewogen?</p>	

Kap.	Fragen	Hinweise
7.1.4.4	Hygiene und Hygienerichtlinien	
	<p>Ist die Informationsübermittlung von hygienischen Mängeln bzw. hygienischem Fehlverhalten geregelt?</p> <p>Sind Dienst- und Verfahrensanweisungen (z. B. Hygienepläne) vorhanden?</p> <p>Ist die Einsicht für die Mitarbeiter in diese Dienst- und Verfahrensanweisungen sichergestellt?</p> <p>Werden die Hygienepläne regelmäßig aktualisiert?</p> <p>Finden regelmäßig Sitzungen der Hygienekommission, entsprechend den Vorgaben des Robert-Koch-Institutes (RKI) bzw. entsprechend den Hygienevorschriften der Länder statt?</p> <p>Werden die Treffen der Hygienekommission protokolliert?</p> <p>Werden die Beschlüsse der Hygienekommission z. B. in Form hausinterner Leitlinien entwickelt und umgesetzt?</p> <p>Wird die Chargendokumentation in der Zentralsterilgutversorgungsabteilung sichergestellt?</p> <p>Ist das HACCP-Konzept in der Küche umgesetzt?</p>	
7.1.4.5	Umgang mit Infektionen	
	<p>Gibt es Vorgaben zum Umgang mit Patienten, die mit bestimmten Infektionserregern (z. B.: MRSA, TBC, MRGN 3 und 4, Norovirus, Clostridien) infiziert sind?</p> <p>Ist die Einhaltung der diesbezüglichen Meldebestimmungen sichergestellt?</p> <p>Beschreibt der Plan zum Umgang mit derartig infizierten Patienten die Organisations- und Funktionsabläufe differenziert und umfassend?</p> <p>Wird eine ausreichende Schulung aller Mitarbeiter zum Umgang mit derartig infizierten Patienten gewährleistet?</p>	
7.1.5	Überwachung von Medizinprodukten (MP) und sonstigen Geräten	
	<p>Hat die Einrichtung Ressourcen zur kontinuierlichen Sicherstellung gültiger, zuverlässiger und geeigneter Messergebnisse bestimmt und bereitgestellt?</p> <p>Bestehen Regelungen zur Anwendung von und zum Umgang mit Medizinprodukten, welche mindestens folgende Aspekte berücksichtigen:</p>	<p>Hierüber müssen geeignete dokumentierte Informationen vorliegen.</p>

Kap.	Fragen	Hinweise
	<ul style="list-style-type: none"> a) einrichtungsinterner Meldeweg über Vorkommnisse und Beinahe-Vorkommnisse mit MP b) Verfahrens- oder Dienstanweisung zum Umgang mit nichttechnischen MP (inkl. Umgang mit Sterilgut - z. B. Lagerung, Verfallsdatum) c) Benennung und Bekanntgabe der vom Betreiber beauftragten Personen für die Einweisung in die Geräte der Anlage 1 Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) d) Festlegung von Schnittstellen zwischen Medizin und Technik e) Erfassung aller Berufsgruppen bei den Anwendern von MP f) nachweisliche Einweisung der Anwender bei (technischen) Medizinprodukten gem. Anlage 1 der MPBetreibV <p>Ist der Zugang zum MP-Buch und zu den Gebrauchsanweisungen von (technischen) MP für das anwendende Personal sichergestellt?</p> <p>Wird die Instandhaltung von MP durch qualifiziertes Personal sichergestellt?</p> <p>Wird gewährleistet, dass bei/nach notwendigen Reparaturen auch nur reparierte (technische) MP wieder auf die Station gelangen?</p> <p>Gibt es die Möglichkeit der Erprobung von MP (technischer und nichttechnischer MP)?</p> <p>Liegen Dokumentationen zu folgenden Kontrollen/Prüfungen vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) zu messtechnischen Kontrollen b) zu sicherheitstechnischen Kontrollen c) zu Prüfungen von elektrischen Anlagen <p>Liegt ein Bestandsverzeichnis der (technischen) MP vor?</p>	
7.1.6	Wissen der Organisation	
	<p>Hat die Einrichtung das Wissen, welches für die anforderungsgerechte Leistungserbringung erforderlich ist, bestimmt, zur Verfügung gestellt und hält sie dieses kontinuierlich aufrecht?</p> <p>Ist sichergestellt, dass im Falle von veränderten Anforderungen oder neuen Entwicklungen jegliches erforderliches Zusatzwissen erlangt wird?</p>	
7.2	Kompetenzen	
	<p>Sind die jeweils gültigen Empfehlungen für Anhaltzahlen zur Personalberechnung in der Geriatrie, herausgegeben vom Bundesverband</p>	<p>Folgende Hinweise gelten für das gesamte Kap. 7.2:</p> <p>Geriatrerielevante Fort- und Weiterbildungen, die nicht explizit erwähnt sind, müssen einen eindeutigen Praxisbezug zur Geriatrie aufweisen. Sofern nicht anders gefordert, müssen alle</p>

Kap.	Fragen	Hinweise
	Geriatrie, erfüllt?	Fort- und Weiterbildungen jeweils mindestens acht Unterrichtseinheiten innerhalb von zwei Wochen umfassen.
	<p>Gehören zum interdisziplinären, multiprofessionellen, geriatrischen Team mind. ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, psychologischer Dienst und Sozialdienst?</p> <p>Ist die personelle Kontinuität am Patienten durch das gesamte geriatrische Team sicher gestellt?</p> <p>Ist die personelle Kontinuität innerhalb des geriatrischen Teams sicher gestellt?</p>	<p>Innerhalb des geriatrischen Teams können einzelne Aufgaben bei Vorliegen einer entsprechenden Qualifikation verlagert werden. Es müssen dennoch alle Berufsgruppen im geriatrischen Team vorhanden sein.</p> <p>Die personelle Kontinuität bezieht sich nicht auf organisations- und dienstplanbedingte Ausnahmen.</p>
	<p>Wird die geriatrische Einrichtung von einem Facharzt für Innere Medizin, für Neurologie oder für Allgemeinmedizin ärztlich geleitet und ist dieser Geriater?</p> <p>Ist die ärztliche Leitung ein Chefarzt oder ein fachlich-medizinisch weisungsungebundener Facharzt?</p> <p>Ist die ärztliche Leitung überwiegend in der geriatrischen Einrichtung tätig?</p> <p>Sofern die geriatrische Einrichtung über mehrere Standorte verfügt, ist an jedem Standort ein Geriater überwiegend ärztlich tätig?</p> <p>Ist der Stellvertreter der ärztlichen Leitung Geriater?</p> <p>Sofern die ärztliche Leitung kein Facharzt für Innere Medizin und Geriater ist, muss der Stellvertreter der ärztlichen Leitung Facharzt für Innere Medizin und Geriater sein.</p> <p>Verfügen 50 % der fachärztlichen Mitarbeiter über geriatrierelevante Fort- und Weiterbildungen?</p> <p>Ist die Anwesenheit (Bereitschaftsdienst) eines Arztes über 24 Stunden sowie 24-stündige Facharzt(ruf-)bereitschaft sichergestellt?</p> <p>Ist während der regulären Arbeitszeit ein Geriater anwesend?</p>	<p>Als Geriater wird ein Arzt bezeichnet, wenn er zusätzlich über eine der Bezeichnungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schwerpunkt Geriatrie • Zusatzweiterbildung Geriatrie • fakultative Weiterbildung klinische Geriatrie <p>verfügt, bzw. wenn er die Facharztqualifikation Innere Medizin und Geriatrie vorweist.</p> <p>Die fachlich-medizinische Weisungsungebundenheit muss vertraglich geregelt sein.</p> <p>„überwiegend“ entspricht > 50 % einer Vollzeitarbeitskraft</p> <p>Empfehlenswert für geriatrierelevante Fort- und Weiterbildungen sind neben dem Zertifikat Geriatrie®-Basislehrgang Themen, die geriatrische Syndrome behandeln, wie z. B.: Immobilität, Instabilität, Polypharmazie, Mangelernährung, Delir, Demenz, Inkontinenz, Wundversorgungsstörungen, Schmerzen.</p> <p>Fortbildungen, die im Rahmen der Fortbildungsordnung der Bundesärztekammer durchgeführt werden müssen (bezogen auf die Vorgaben zum zeitlichen Umfang), können zur Erfüllung des Kriteriums einbezogen werden, sofern diese einen deutlichen geriatriespezifischen Bezug aufweisen.</p> <p>Empfehlung: Die 24-Stunden-FA-(ruf-)bereitschaft sollte durch einen Geriater sichergestellt werden.</p> <p>Der Begriff der „regulären Arbeitszeit“ ist in der Einrichtung zu definieren.</p>

Kap.	Fragen	Hinweise
	<p>Liegt eine Weiterbildungsbefugnis Geriatrie vor?</p>	
	<p>Verfügt die pflegerische Leitung der geriatrischen Einheit/Stationsleitung über eine vollzeitige Berufserfahrung von mind. einem Jahr in einer geriatrischen Einrichtung?</p> <p>Beträgt die Pflegefachkraftquote der Mitarbeiter, die direkt am Patienten arbeiten, mindestens 75 %?</p> <p>Steht für jede geriatrische Einheit (zumeist Station) mind. eine Pflegefachkraft mit einer 180-stündigen strukturierten curricularen geriatrispezifischen Zusatzqualifikation zur Verfügung?</p> <p>Verfügen mind. 50 % der Pflegefachkräfte über geriatrierelevante Fort- und Weiterbildungen?</p> <p>Wird sichergestellt, dass über 24 Stunden jeder geriatrischen Einheit (zumeist Station) mind. eine Pflegefachkraft zur Verfügung steht?</p>	<p>1 Jahr Vollzeit oder einen dementsprechenden Anteil in Teilzeit</p> <p>3-jährig examiniert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Krankenschwester und Krankenpfleger, • Kinderkrankenschwester und Kinderkrankenpfleger, • Gesundheits- und Krankenpfleger/- in, • Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in, • Altenpfleger/-in, • Pflegefachfrau/-mann <p>Weist die geriatrische Einheit (zumeist Station) mehr als 30 durchschnittlich belegte Betten/Plätze auf, so sind dementsprechend mehr Pflegefachkräfte mit der Zusatzqualifikation vorzuhalten.</p> <p>Eine kontinuierliche Anwesenheit einer Pflegefachkraft mit dieser Zusatzqualifikation ist nicht erforderlich.</p> <p>Teilzeitpflegefachkräfte mit < 50 % einer Vollbeschäftigung finden keine Berücksichtigung.</p> <p>Geriatrierelevante Fort- und Weiterbildungen für die Pflegefachkräfte sind insbesondere:</p> <p>Zercur Geriatrie[®]-Basislehrgang, Zercur Geriatrie[®]-Fachweiterbildung Pflege.</p> <p>Darüber hinaus sind Fort- und Weiterbildungen entsprechend den Inhalten der Module der Zercur Geriatrie[®]-Fachweiterbildung Pflege zu empfehlen.</p> <p>Weist die geriatrische Einheit (zumeist Station) mehr als 30 durchschnittlich belegte Betten/Plätze auf, so sind dementsprechend mehr Pflegekräfte über 24 Stunden vorzuhalten. Dies kann auch durch einen stationsübergreifenden Dienst erfolgen.</p>
	<p>Verfügt mind. ein Mitarbeiter der Physiotherapie/Physikalischen Therapie über eine vollzeitige Berufserfahrung von mind. einem Jahr im Umgang mit geriatrischen Patienten?</p> <p>Befinden sich unter den Physiotherapeuten (inkl. Masseur und med. Bademeister) des geriatrischen Teams mind. 50 % der Mitarbeiter (bezogen auf Vollzeitbeschäftigte) mit geriatrierelevanten Fort- bzw. Weiterbildungen im Umfang von mind. 40 Stunden?</p>	<p>1 Jahr Vollzeit oder einen dementsprechenden Anteil in Teilzeit (gilt für alle folgenden Berufsgruppen)</p> <p>Geriatrierelevante Fort- und Weiterbildungen für die Physiotherapeuten (inkl. Masseur, med. Bademeister) sind insbesondere Zercur Geriatrie[®]-Basislehrgang sowie u. a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aromatherapie • Basale Stimulation • Bobath-Grundkurs • Cranio-sacrale Therapie • Elektrotherapie • Fussreflexzonenmassage • Integrative Validation • Kinästhetik • Manuelle Therapie • Narbenbehandlung • Reflektorische Atemtherapie • Manuelle Lymphdrainage • Palliative Care • Rhythmische Einreibungen • spezielle Massagetechniken
	<p>Verfügt mind. ein ergotherapeutischer Mitarbeiter über eine vollzeitige</p>	<p>Geriatrierelevante Fort- und Weiterbildungen für die Ergotherapeuten sind insbesondere Zercur Geriatrie[®]-</p>

Kap.	Fragen	Hinweise
	<p>Berufserfahrung von mind. einem Jahr im Umgang mit geriatrischen Patienten?</p> <p>Verfügen in der Ergotherapie mind. 50 % der im geriatrischem Team eingesetzten Mitarbeiter (bezogen auf Vollzeitbeschäftigte) über geriatrierelevante Fort- bzw. Weiterbildungen im Umfang von mind. 40 Stunden?</p>	<p>Basislehrgang sowie u. a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Basale Stimulation • Bobath Grundkurs • Fachergotherapeut Demenz • FOTT Kurs • Handtherapeut • Integrative Validation • Kinästhetik • Palliative Care • Spiegeltherapie
	<p>Verfügt mind. ein Mitarbeiter der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie über eine vollzeitige Berufserfahrung von mind. einem Jahr im Umgang mit geriatrischen Patienten?</p> <p>Verfügen in der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie mind. 50 % der im geriatrischen Team eingesetzten Mitarbeiter (bezogen auf Vollzeitbeschäftigte) über geriatrierelevante Fort- bzw. Weiterbildungen im Umfang von mind. 40 Stunden?</p>	<p>Geriatrierelevante Fort- und Weiterbildungen für Mitarbeiter der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sind insbesondere Zercur Geriatrie®-Basislehrgang sowie u. a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Basale Stimulation • FOTT Kurs • Integrative Validation • Kinästhetik • Palliative Care • Trachealkanülenmanagement • Umgang mit Dysphagien
	<p>Verfügt das geriatrische Team über einen psychologischen Dienst?</p> <p>Verfügt der psychologische Dienst (Psychologe, Neuropsychologe, Gerontopsychologe) über geriatrierelevante Kompetenzen?</p>	<p>Geriatrierelevante Kompetenzen können erworben werden durch Fort- und Weiterbildungen bspw. zu den Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gesprächsführung (u. a. supportive Gesprächstechniken) als Grundlage für Krankheitsbewältigung, Angehörigenarbeit/-beratung, Krisenintervention • neuropsychologische Diagnostik und Therapie • psychotherapeutische Techniken • Entwicklungspsychologie des Alters • spezielle Kenntnisse in Diagnostik und Therapie bei Demenzerkrankungen • Entspannungstherapien • Sterbebegleitung • Gesprächstherapie • Zercur Geriatrie®-Basislehrgang
	<p>Verfügt mind. ein Mitarbeiter des Sozialdienstes über eine vollzeitige Berufserfahrung von mind. einem Jahr im Umgang mit geriatrischen Patienten/Rehabilitanden?</p> <p>Verfügen im Sozialdienst mind. 50 % der im geriatrischen Team eingesetzten Mitarbeiter (bezogen auf Vollzeitbeschäftigte) über geriatrierelevante Fort- bzw. Weiterbildungen im Umfang von mind. 40 Stunden?</p>	<p>Geriatrierelevante Fort- und Weiterbildungen für den Sozialdienst sind insbesondere Zercur Geriatrie®-Basislehrgang sowie u. a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation mit geriatrischen Patienten/Angehörigen • geriatrisches Casemanagement • geriatrierelevante Versorgungsstrukturen
7.2.1	Personalbedarfsplanung/ Personalentwicklung	
	<p>Hat die Einrichtung den Aufbau der Organisation anhand eines Organigramms verständlich und leicht nachvollziehbar dargestellt?</p> <p>Ist das Organigramm der Einrichtung öffentlich zugänglich und wird es auf Anfrage zur Verfügung gestellt?</p> <p>Wird der Personalbedarf systematisch ermittelt?</p>	<p>Organigramm stellt die Führungsebenen und einzelnen Funktions- und Tätigkeitsbereiche sowie Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten dar.</p> <p>z. B. über Beurteilungssysteme, Fort- und Weiterbildungsplanung, Mitarbeitergespräche</p>

Kap.	Fragen	Hinweise
	<p>Wird der Personalbedarf an die zu erbringenden Leistungen angepasst?</p> <p>Werden die Ergebnisse der Personalbedarfsplanung systematisch im Rahmen der Personalbeschaffung sowie bei der Personalweiterentwicklung genutzt?</p> <p>Wird die Weiterentwicklung des Personals sichergestellt?</p> <p>Liegt ein Stellenplan in der Einrichtung vor?</p> <p>Findet ein Abgleich zwischen Soll- und Ist-Stellen in regelmäßigen Abständen (mind. einmal jährlich) statt? Gehen die Ergebnisse in die Personalplanung ein?</p> <p>Existieren Stellen- oder Aufgabenbeschreibungen für alle qualitätsrelevanten Aufgaben/Funktionen, in denen die Anforderungen transparent dargestellt und die Befugnisse klar geregelt sind?</p>	<p>Stellenplan dient als Grundlage für Personalbedarfsdeckung und Personalentwicklung.</p> <p>In Stellen- oder Aufgabenbeschreibung sind Rechte, Aufgaben und Verantwortlichkeiten verbindlich festgelegt.</p> <p>Hierüber sind dokumentierte Informationen vorzuhalten.</p>
7.2.2	Einarbeitung neuer Mitarbeiter	
	<p>Erfolgt eine systematische Einarbeitung neuer Mitarbeiter?</p> <p>Liegen schriftlich ausgearbeitete Regelungen zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter vor, mit denen allen neuen Mitarbeiter zu Beginn der Tätigkeit die erforderlichen Informationen, Aufgaben und Verantwortlichkeiten vermittelt werden?</p> <p>Werden bei der Einarbeitung berufsgruppen- und abteilungsübergreifende Aspekte berücksichtigt?</p> <p>Haben neue Mitarbeiter einen Ansprechpartner (z. B. Mentor) für die Dauer ihrer Einarbeitung?</p> <p>Steht für die Einarbeitung ausreichend Zeit zur Verfügung?</p> <p>Findet am Ende der Einarbeitungsphase ein Feedback-Gespräch mit dem betreffenden Mitarbeiter statt?</p> <p>Können Nachweise über die Einarbeitung neuer Mitarbeiter erbracht werden?</p>	<p>z. B. Einweisungs-/ Einarbeitungschecklisten, Einarbeitungskonzepte, -programme</p> <p>z. B. Protokolle, unterzeichnete Einarbeitungschecklisten</p>
7.2.3	Fort- und Weiterbildung	
	<p>Erhebt die Einrichtung regelmäßig (mindestens einmal jährlich) den Fortbildungsbedarf der Mitarbeiter?</p> <p>Gibt es Grundlagen bzw. festgelegte Kriterien, nach denen die Fort- bzw. Weiterbildung geplant wird?</p> <p>Werden kurz-, mittel- und langfristige Ziele der Personalentwicklung entsprechend beachtet?</p>	<p>Entsprechende Nachweise sind z. B. Einarbeitungs- und Qualifizierungsprogramme, Schulungspläne, Seminarbeurteilungen, Teilnehmerlisten.</p>

Kap.	Fragen	Hinweise
	<p>Gibt es ein Jahres-Fortbildungsprogramm, welches sowohl interne als auch externe Fortbildungen berücksichtigt?</p> <p>Werden leitenden Mitarbeitern Führungskompetenzen vermittelt?</p> <p>Sind Pflichtschulungen (z. B. durch den Gesetzgeber gefordert) Bestandteil der Fort- bzw. Weiterbildung?</p> <p>Finden regelmäßig interdisziplinäre Fortbildungen (mind. einmal im Monat) statt?</p> <p>Gibt es Festlegungen, in welcher Form und Häufigkeit interne Teamfortbildungen durchgeführt werden?</p> <p>Erfolgt eine Dokumentation der durchgeführten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen und der Teilnehmer?</p> <p>Wird die Wirksamkeit durchgeführter Qualifizierungsmaßnahmen beurteilt?</p> <p>Werden Aufzeichnungen zur Ausbildung, internen und externen Schulungen, Fertigkeiten und Erfahrungen geführt?</p> <p>Werden den Mitarbeitern aktuelle Fachliteratur, Fachzeitschriften und Programme über Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten zur Verfügung gestellt?</p> <p>Werden Mitarbeiter in der Planung ihrer individuellen Weiterqualifizierung beteiligt und ggf. bei der Umsetzung unterstützt?</p>	<p>u. a. Berücksichtigung regelmäßiger Schulungen und anderer Informationsmaßnahmen zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement</p> <p>Die Wirksamkeit durchgeführter Qualifizierungsmaßnahmen muss auf eine geeignete Weise bewertet werden.</p>
7.3	Bewusstsein	
	<p>Ist sichergestellt, dass den Mitarbeitern die Qualitätspolitik, die Qualitätsziele, ihr Beitrag zu deren Umsetzung sowie die Folgen im Falle einer Nichteinhaltung der Anforderungen bewusst sind?</p>	
7.4	Interne Kommunikation	
	<p>Werden Kommunikationsstrukturen (z. B. Leitungsgremien, Kommissionen, Besprechungen, Visiten, Fallbesprechungen, Dienstübergaben) durch die Einrichtungsleitung vorgegeben und deren Praxis dokumentiert?</p> <p>Werden dabei auch Fragen zum Ausbau der Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems berücksichtigt?</p> <p>Werden Ergebnisse aus diesen Gremien/ interdisziplinären Besprechungen auch abteilungsintern kommuniziert?</p> <p>Sind die Mitarbeiter über alle sie betreffenden Belange aktuell und umfassend informiert?</p> <p>Hat die Einrichtung festgelegt, wie Informationen an Mitarbeiter, welche nicht an</p>	<p>z. B. über Intranet, Aushänge, Rundschreiben bzw. protokollierte Qualitätszirkel und Besprechungen</p> <p>Vorgaben zu Kommunikationsstrukturen sind u. a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rahmenbedingungen/Zyklus • Verantwortungen, Aufgabenverteilung und Beschlussfassung • Dokumentation (z. B. Tagesordnung, Protokolle)

Kap.	Fragen	Hinweise
	Besprechungen teilgenommen haben, weitergeleitet werden? Wird die Umsetzung der vereinbarten Aufgaben und Beschlüsse geprüft und sichergestellt?	
7.5	Dokumentierte Information	
7.5.1	Allgemeines	
	Enthält die QM-Dokumentation Folgendes: <ul style="list-style-type: none"> a) Qualitätspolitik und Qualitätsziele b) Prozesse inkl. Chancen und Risiken c) geeignete Messergebnisse d) Personalkompetenz e) Nachweise zur Überprüfung der Anforderungen an die Leistungserbringung f) sofern vorhanden, Entwicklungsnachweise g) externe Leistungen/Produkte h) nicht konforme Ergebnisse/Fehler i) von der Einrichtung für das Qualitätsmanagementsystem als erforderlich bestimmte dokumentierte Informationen 	Eine einzelne dokumentierte Information kann Anforderungen an ein oder mehrere Verfahren behandeln. Die Anforderungen an ein dokumentiertes Verfahren können auch in mehreren dokumentierten Informationen behandelt werden.
7.5.2	Erstellung und Aktualisierung dokumentierter Informationen	
	Werden beim Erstellen und Aktualisieren dokumentierter Informationen folgende Aspekte berücksichtigt: <ul style="list-style-type: none"> a) Überprüfung und Genehmigung vor ihrer Herausgabe b) Aktualisierung (bei Bedarf) und Neugenehmigung c) Kennzeichnung von Änderungen und des aktuellen Überarbeitungsstatus d) Sicherstellung, dass Dokumente lesbar und leicht erkennbar bleiben (angemessenes Format) 	
7.5.3	Lenkung dokumentierter Informationen	
	Werden bei der Lenkung dokumentierter Informationen folgende Aspekte berücksichtigt: <ul style="list-style-type: none"> a) Verfügbarkeit b) Aufbewahrung/Schutz c) Verteilung, Auffindbarkeit, Zugriff d) Ablage/Speicherung, Erhalt der Lesbarkeit e) Überwachung von Änderungen/Kennzeichnung f) festgelegte Aufbewahrungsfristen g) Sicherstellung, dass Dokumente externer Herkunft, die als notwendig eingestuft sind, gekennzeichnet werden 	

Kap.	Fragen	Hinweise
7.5.3.1	Lenkung von Patientendaten und patientenbezogenen Dokumenten	
	<p>Bestehen hausinterne Regelungen (ggf. in schriftlicher oder elektronischer Form) für die Führung der Patientendokumentation, inklusive der (digitalen) Archivierung?</p> <p>Sind die Verantwortlichkeiten für die Führung der Patientendokumentation eindeutig geregelt?</p> <p>Ist gewährleistet, dass alle für die Behandlung bzw. Betreuung des Patienten relevanten Informationen zum Zeitpunkt des Übergangs des Patienten in einen anderen Versorgungsbereich (auch weiterbetreuende Einrichtungen) vorhanden sind?</p>	<p>Regelungen zur Handhabung und Verteilersystem (Es gelten die Anforderungen aus 7.5.3)</p> <p>Beachtung der Anforderung der Nachbehandler</p>
7.5.3.2	Datenschutz/Schweigepflicht	
	<p>Bestehen Regelungen zur Schweigepflicht und wird der Datenschutz im Rahmen der direkten und indirekten Patientenversorgung gewährleistet?</p> <p>Ist sichergestellt, dass alle in die Patientenversorgung integrierten Mitarbeiter über die Bestimmungen zum Datenschutz und zur Schweigepflicht (z. B. durch Einarbeitung, Schulungen, Fortbildungen) informiert sind?</p> <p>Liegen die erforderlichen Datenschutzverpflichtungen der Mitarbeiter vor?</p> <p>Gibt es allgemein bekannte Berechtigungskonzepte (z. B. für den Zugriff auf Rechner bzw. Datenbanken, Krankenhausinformationssysteme)?</p> <p>Existiert ein Datensicherungskonzept?</p> <p>Gibt es ein Ausfall-/Notfallkonzept sowie ein Sicherheitssystem (z. B. Firewall)?</p>	<p>Hierzu gehören auch Regelungen über Art und Weise der Datenübermittlung (z. B. beim Einsatz von Telefaxgeräten, im Rahmen der Koppelung des einrichtungsinternen Netzes mit öffentlichen Netzen, beim Einsatz der elektronischen Signatur und/oder Verschlüsselungsprogrammen bei elektronischer Datenübermittlung an Externe).</p>

Kap.	Fragen	Hinweise
8	Prozesse der Leistungserbringung	
8.1	Planung und Steuerung der Prozesse der Leistungserbringung	
	<p>Hat die Einrichtung die patientenbezogenen Kernprozesse einschließlich der relevanten Teil- und Unterstützungsprozesse beschrieben?</p> <p>Werden die Prozesse zur Realisierung der Leistungen auf geeignete Weise entwickelt, geplant, verwirklicht und gesteuert?</p> <p>Wird dabei, soweit angemessen, Folgendes in geeigneter Form festgelegt:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Anforderungen an die Leistungen b) Notwendigkeit zur Einführung von Prozessen, Erstellung von Dokumenten und Bereitstellung der erforderlichen Ressourcen c) Verifizierungs-, Validierungs-, Überwachungs-, Mess- und Prüftätigkeiten sowie Annahmekriterien d) erforderliche dokumentierte Informationen <p>Sind zu den einzelnen Prozessen jeweils verantwortliche Personen benannt?</p> <p>Überwacht die Einrichtung geplante Änderungen?</p> <p>Beurteilt die Einrichtung Folgen unbeabsichtigter Änderungen und ergreift Maßnahmen, um nachteilige Auswirkungen zu vermindern?</p> <p>Orientiert sich der klinische Behandlungsablauf an geriatricspezifischen Leitlinien oder hausinternen Behandlungsrichtlinien?</p> <p>Kann die Einrichtung ein internes Schnittstellenmanagement nachweisen, welches die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Abteilungen und Funktionsbereichen usw. regelt?</p> <p>Gibt es Vorgaben zu Verantwortlichkeiten, Erstellung, Freigabe und Änderung von Dienstplänen für die einzelnen Berufsgruppen des geriatrischen Teams?</p>	<p>Die Planung der Realisierungsprozesse muss im Einklang stehen mit den übrigen Prozessen des Qualitätsmanagementsystems.</p> <p>Das Ergebnis dieser Planung muss die zur Einführung der Realisierungsprozesse erforderliche Dokumentation (Vorgaben bzw. Regelungen) einschließen.</p>
8.2	Patientenbezogene Prozesse	
8.2.1	Allgemeines	
	<p>Wird die Belegung der Stationen (z. B. Auslastung, Pflegeintensität) berücksichtigt?</p> <p>Ist die Patienteneinbestellung organisiert?</p> <p>Ist die Anmeldung des Patienten organisiert?</p> <p>Ist die Bereitstellung von und der Zugang zu</p>	<p>Es sind auch Anforderungen zu berücksichtigen, die nicht vom Patienten vorgegeben werden, jedoch für die Erbringung der Leistungen erforderlich sind.</p>

Kap.	Fragen	Hinweise
	Vorbefunden sichergestellt?	
8.2.2	Ermittlung der Anforderungen zur Leistungserbringung	
8.2.2.1	Aufnahme	
	<p>Ist der Ablauf des administrativen Aufnahmeprozesses festgelegt und wird dieser einheitlich durchgeführt?</p> <p>Liegt ein aktuelles Leistungsverzeichnis der Einrichtung vor und erfolgt bei Bedarf eine kontinuierliche Anpassung?</p> <p>Ist sichergestellt, dass der Patient und seine Angehörigen zeitnah über die angebotenen Leistungen informiert werden?</p> <p>Werden der Patient und ggf. dessen Angehörige über die Inhalte des Behandlungsvertrages ausreichend informiert?</p> <p>Gibt es eine Regelung für die Bearbeitung von Patientenfragen bezüglich Wahlleistungsangeboten?</p> <p>Ist sichergestellt, dass der Patient und ggf. dessen Angehörige durch qualifiziertes Personal in der Patientenaufnahme empfangen werden?</p> <p>Ist sichergestellt, dass betreuende Stationen rechtzeitig über Neuaufnahmen informiert werden?</p> <p>Werden bei der Aufnahme des Patienten auf der Station routinemäßig über patientenorientierte Angebote informiert (z. B. TV und Telefon, Aufenthaltsraum, Zeitschriften)?</p>	<p>Informationen können folgende Aspekte umfassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prospekt der Einrichtung • Leistungsspektrum • spezielle Angebote • Wahlleistungen <p>Für die Weitergabe von Informationen an Angehörige müssen folgende Voraussetzungen vorliegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zustimmung des Patienten oder • Angehöriger ist gesetzlicher Vertretungsberechtigter
8.2.2.2	Ersteinschätzung bei Aufnahme	
	<p>Gibt es Regelungen zum Aufnahmeprozess bezüglich Ablauf, Zeitzielen und Dokumentation der medizinisch-ärztlichen Anamnese und Pflegeanamnese?</p> <p>Werden Patientenverfügungen, Betreuungsverfügungen und Vorsorgevollmachten standardisiert erfasst und dokumentiert?</p> <p>Ist sichergestellt, dass die gesetzlichen Vorgaben zu Patientenverfügungen, Betreuungsverfügungen und Vorsorgevollmachten den Mitarbeitern bekannt sind und umgesetzt werden?</p> <p>Ist gewährleistet, dass die Patienten über die Möglichkeit der Begleitung (z. B. Seelsorge, psychologische, psychosoziale Begleitung) informiert werden?</p> <p>Ist gewährleistet, dass die Erwartungen des Patienten, ggf. von dessen Angehörigen oder</p>	

Kap.	Fragen	Hinweise
	<p>gesetzlichen Vertretern, an die Versorgung (nach medizinischen, pflegerischen und Unterbringungsgesichtspunkten) so weit wie möglich Berücksichtigung finden?</p> <p>Setzt zum Zeitpunkt der Aufnahme in die geriatrische Einrichtung das multidimensionale (funktionelle und standardisierte) geriatrische Assessment ein?</p> <p>Enthält das multidimensionale geriatrische Assessment folgende Bereiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medizinischer Status • Pflegeanamnese • Dekubitusrisikoeinschätzung • ggf. Dekubituserfassung • körperliches Befinden/Wunden • Mobilität/Sturzrisiko • Selbsthilfefähigkeit • kognitiver Status • psychisches Befinden (Affekt) • sozioökonomischer Status <p>Werden darüber hinaus bei Bedarf zusätzliche Assessments eingesetzt für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schmerz • Ernährung • Kontinenz • Dysphagie • Delir <p>Erfolgt ein Assessment des kognitiven Status binnen 3-5 Tagen nach Aufnahme?</p> <p>Erfolgt eine Hilfsmittelversorgung auf Station binnen 24 Stunden nach Aufnahme?</p> <p>Erfolgt ein Sturzrisikoscreening binnen 24 Stunden nach Aufnahme?</p>	
8.2.2.3	Diagnostik	
	<p>Ist gewährleistet, dass die Anforderung von diagnostischen Untersuchungen und Maßnahmen strukturiert/standardisiert erfolgt?</p> <p>Ist sichergestellt, dass die Funktionsdiagnostik vor geplanten elektiven Eingriffen termingerecht durchgeführt wird?</p> <p>Werden, wo erforderlich, den Untersuchenden (z. B. Radiologen, Pathologen, Laborärzten) alle zur Diagnostik erforderlichen klinischen Daten zeitnah übermittelt?</p>	<p>z. B. mit Formular/KIS</p>
8.2.2.4	Therapie	
	<p>Sofern therapeutische Leistungen durch Kooperationspartner und nicht durch einrichtungsinterne Therapieabteilungen erbracht werden, ist sichergestellt, dass die jeweiligen Anforderungen des Qualitätssiegels Geriatrie erfüllt sind?</p>	<p>U. a. sind die im Kap. 7.2 geforderten Fort- und Weiterbildungen nachzuweisen.</p>

Kap.	Fragen	Hinweise
	Ist gewährleistet, dass die Anforderungen von therapeutischen Leistungen strukturiert/standardisiert erfolgen? Werden, wo erforderlich, den Therapeuten alle zur Therapie notwendigen klinischen Daten zeitnah übermittelt (Belastbarkeit etc.)?	z. B. mit Formular/KIS
8.2.3	Überprüfung der Anforderungen zur Leistungserbringung	
	Hat die Einrichtung sichergestellt, dass sie die Fähigkeit besitzt, die Anforderungen zur Leistungserbringung zu erfüllen? Und zwar: <ul style="list-style-type: none"> • vom Kunden festgelegte Anforderungen • vom Kunden nicht angegebene aber bekannte Anforderungen • von der Einrichtung festgelegte Anforderungen • gesetzliche und behördliche Anforderungen • sonstige Anforderungen aus einem Auftrag/Vertrag, die sich von den zuvor genannten unterscheiden 	Hierüber sind dokumentierte Informationen vorzuhalten.
8.2.4	Änderung von Anforderungen zur Leistungserbringung	
	Ist sichergestellt, dass im Falle von Änderungen der Anforderungen, dokumentierte Informationen angepasst werden und die Mitarbeiter auf die Veränderungen hingewiesen werden?	
8.2.5	Kommunikation mit Patienten und weiteren interessierten Parteien	
8.2.5.1	Vorbereitung der stationären Behandlung	
	Werden Patienten ggf. im Vorfeld des stationären Aufenthalts über Besonderheiten der Krankenhausbehandlung und der Wahlleistungen informiert (z. B. durch ein Informationsblatt bzw. eine Informationsbroschüre)? Besteht die Möglichkeit für Patienten, sich vor der Behandlung über die Gegebenheiten in der Einrichtung zu informieren?	
8.2.5.2	Integration des Patienten in die Behandlungsplanung	
	Ist gewährleistet, dass bei der Festlegung des Behandlungsplans die Ressourcen und Wünsche des Patienten berücksichtigt werden? Ist gewährleistet, dass der Patient und dessen Angehörige über wesentliche durchzuführende Behandlungsschritte und pflegerische	Für die Weitergabe von Informationen an Angehörige müssen folgende Voraussetzungen vorliegen:

Kap.	Fragen	Hinweise
	<p>Maßnahmen informiert werden?</p> <p>Ist gewährleistet, dass Patienten mit infauster Prognose umfassend über die Möglichkeiten einer palliativen Behandlung informiert werden?</p> <p>Werden die sprachlichen, kulturellen und religiösen Besonderheiten berücksichtigt (z. B. fremdsprachige Informationsbögen, Umgang mit religiös begründeten Patientenwünschen u. a.)?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zustimmung des Patienten oder • Angehöriger ist gesetzlicher Vertretungsberechtigter
8.2.5.3	Information und Aufklärung von Patienten und Angehörigen	
	<p>Wird eine umfassende Patientenaufklärung vor Untersuchungen und Behandlungsmaßnahmen sichergestellt?</p> <p>Erfolgt die Aufklärung durch den Arzt im patientenindividuellen Arzt-Patienten-Gespräch?</p> <p>Wird eine angemessene Information des Patienten zu diagnostischen Ergebnissen sowie zum Verlauf und zur Prognose sichergestellt und werden bei dieser Aufklärung auch psychosoziale Fragen angesprochen?</p> <p>Bestehen Möglichkeiten für den Patienten, eine Zweitmeinung einzuholen?</p> <p>Werden Patienten und deren Angehörige über die Versorgungsabläufe und Besuchsmöglichkeiten informiert?</p> <p>Gibt es eine Zusammenstellung zuverlässiger, verständlicher Patienteninformationen mit Angeboten von Selbsthilfeorganisationen und Beratungsstellen?</p>	
8.2.5.4	Öffentlichkeitsarbeit und externe Kommunikation	
	<p>Werden geeignete Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit und zur externen Kommunikation vom Krankenhaus umgesetzt?</p> <p>Ist die Kommunikation mit relevanten Externen geregelt? (Was, wann, mit wem, wer, wie kommuniziert?)</p>	<p>Mögliche Maßnahmen:</p> <p>Internetauftritt, Einrichtungsprospekt, Qualitätsbericht, Teilnahme an Fachkongressen, Mitgliedschaft in Fachgesellschaften, Kommunikation mit Leistungsträgern, Kommunikation mit anderen Verbänden</p>
8.3	Entwicklung neuer Leistungen	
8.3.1	Allgemeines	
	<p>Hat die Einrichtung einen geeigneten Entwicklungsprozess erarbeitet, umgesetzt und aufrechterhalten, der die neue Leistungserbringung sicherstellt?</p>	

Kap.	Fragen	Hinweise
8.3.2	Entwicklungsplanung	
	<p>Werden Entwicklungsprojekte geplant und mögliche Schnittstellen (inkl. der Zuordnung von Verantwortlichkeiten und Befugnissen) zwischen den Beteiligten festgelegt? Enthält diese Planung folgende Punkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Art, Dauer, Umfang • Entwicklungsphasen und Überprüfungen • Tätigkeiten zur Verifizierung und Validierung • Verantwortlichkeiten und Befugnisse • interner und externer Ressourcenbedarf • Schnittstellen für die Steuerung • Einbindung von Kunden und relevanten interessierten Parteien • Anforderungen an die neue Leistungserbringung 	<p>z. B. neue Leistungen oder Weiterentwicklung bestehender Leistungen.</p> <p>z. B. Erstellung und Aktualisierung von Entwicklungsplänen mit Angaben der Entwicklungsphasen (inkl. Tätigkeiten für die Bewertung, Verifizierung und Validierung)</p> <p>Hierüber sind dokumentierte Informationen erforderlich.</p>
8.3.3	Entwicklungseingaben	
	<p>Werden die Anforderungen an die neue Leistungserbringung ermittelt, insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funktions- und Leistungsanforderungen der neuen Leistungen • aus vergleichbaren Entwicklungen gewonnene Informationen • gesetzliche, behördliche Anforderungen, Normen, Standards, u.ä. • mögliche Fehler und deren Folgen <p>Werden die Entwicklungseingaben auf Angemessenheit bewertet und auf Vollständigkeit und Eindeutigkeit geprüft?</p>	<p>z. B. in Form von Lasten- und Pflichtenheft mit Angaben zu Funktions- und Leistungsanforderungen, relevanten gesetzlichen und behördlichen Anforderungen sowie ggf. vorhandenen Erfahrungswerten</p> <p>Hierüber sind dokumentierte Informationen erforderlich.</p>
8.3.4	Steuerung der Entwicklung	
	<p>Werden die Entwicklungsergebnisse in geeigneten Projektphasen bewertet?</p> <p>Schließen diese Bewertungen folgende Tätigkeiten ein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beurteilen der Entwicklungsergebnisse gegenüber den Anforderungen • Erkennen von Problemen und Einleiten von Maßnahmen, falls erforderlich • Einbeziehen der betroffenen Bereiche • Dokumentation der Ergebnisse sowie der notwendigen Maßnahmen <p>Erfolgt eine abschließende Verifizierung, um sicherzustellen, dass die Entwicklungsergebnisse die Entwicklungsvorgaben erfüllen?</p>	<p>Folgende Aspekte sollten regelmäßig bewertet werden: Einhaltung der Terminvorgaben, Budgeteinhaltung, Erfüllung der festgelegten Anforderungen an das Entwicklungsergebnis</p> <p>Entwicklungsbewertung, -verifizierung und -validierung können einzeln oder in geeigneter Kombination ausgeführt und aufgezeichnet werden.</p> <p>z. B. durch Berechnungen und Prüfungen mit anschließender Bewertung und Dokumentation der Ergebnisse sowie Festlegung ggf. einzuleitender Maßnahmen</p>

Kap.	Fragen	Hinweise
	Werden Validierungsmaßnahmen durchgeführt, um sicherzustellen, dass die festgelegten Anforderungen unter realen Einsatzbedingungen erfüllt werden?	z. B. Praxistests bei bzw. durch Anwender mit anschließender Bewertung und Dokumentation der Ergebnisse sowie Festlegung ggf. einzuleitender Maßnahmen Hierüber sind dokumentierte Informationen vorzuhalten.
8.3.5	Entwicklungsergebnisse	
	Enthalten die Entwicklungsergebnisse Angaben zu folgenden Aspekten: a) Erfüllung der Entwicklungsvorgaben b) Eignung für die Leistungserbringung c) Anforderungen zur Überwachung und Messung d) wesentliche Leistungsmerkmale (z. B. hinsichtlich einer sicheren und bestimmungsgemäßen Anwendung)	z. B. innerhalb von Konzepten, Standards und sonstigen Beschreibungen Die Entwicklungsergebnisse müssen gegenüber den Entwicklungseingaben verifizierbar sein. Entwicklungsergebnisse müssen vor Freigabe genehmigt werden. Hierüber sind dokumentierte Informationen erforderlich.
8.3.6	Entwicklungsänderungen	
	Werden Entwicklungsänderungen anforderungsgerecht ermittelt, überprüft und gesteuert? Werden die Änderungen autorisiert und Maßnahmen zur Vermeidung negativer Auswirkungen eingeleitet?	inkl. Bewertung, Verifizierung, Validierung und Genehmigung sowie Festlegung evtl. notwendiger Maßnahmen (auch bereits erbrachte Leistungen betreffend) Hierüber müssen dokumentierte Informationen vorliegen.
8.4	Extern bereitgestellte Prozesse, Produkte und Leistungen	
8.4.1	Allgemeines	
	Sind für die von extern bereitgestellten Prozesse, Produkte und Leistungen als unterstützende Prozesse beschrieben und sind Verantwortlichkeiten und Befugnisse festgelegt? Werden die Anforderungen an diese Produkte und Leistungen festgelegt und deren Erfüllung überwacht? Werden externe Anbieter nach geeigneten Kriterien ausgewählt und regelmäßig bewertet und werden die Bewertungsergebnisse aufgezeichnet? Enthalten die Beschaffungsangaben ausreichend detaillierte und angemessene Angaben bzgl. des extern bereitgestellten Produkts bzw. der extern bereitgestellten Leistung? Werden geeignete Prüfmaßnahmen festgelegt, durchgeführt und aufgezeichnet, um sicherzustellen, dass die extern bereitgestellten Produkte und Dienstleistungen die entsprechenden Anforderungen erfüllen? Ist im Rahmen eines systematischen Schnittstellenmanagements die gezielte Kommunikation und abgestimmte Zusammenarbeit aller interessierten Parteien	Hierüber müssen dokumentierte Informationen vorliegen. Dies gilt für externe Leistungen, die integriert werden, für Leistungen/Produkte, die direkt dem Patienten bereitgestellt werden und für von extern bereitgestellte Prozesse. Das Ausmaß der Überwachung sollte abhängig sein vom Einfluss der extern bereitgestellten Produkte und Dienstleistungen auf den weiteren Realisierungsprozess bzw. auf dessen Ergebnis. Beschaffungsangaben sollten, soweit relevant, folgende Aspekte berücksichtigen: <ul style="list-style-type: none">• Genehmigung von Produkten, Verfahren, Prozessen und Ausrüstung• Personalqualifikation• geeignetes Qualitätsmanagementsystem• Prüfung bei externen Anbietern Typische Prüfmaßnahmen sind Wareneingangsprüfungen, Audits bei externen Anbietern, Einsichtnahme mitgelieferter Prüfaufzeichnungen.

Kap.	Fragen	Hinweise
	sichergestellt?	
8.4.2	Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln	
	<p>Wird eine medizinisch indizierte und rechtzeitige Versorgung mit Arzneimitteln sichergestellt?</p> <p>Wird eine Versorgung mit Arzneimitteln außerhalb der Betriebs- bzw. Öffnungszeiten des Versorgers sichergestellt?</p> <p>Ist die rechtzeitige Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln (z. B. Stützstrümpfen, Gehhilfen u. a.) während des stationären Aufenthalts gewährleistet?</p> <p>Wird hierbei eine korrekte Hilfsmittelberatung sichergestellt?</p> <p>Gibt es eindeutige Regelungen zur Beschaffung von Arzneimitteln und Medizinprodukten?</p>	<p>Falls die Arzneimittelversorgung outgesourct ist, muss die Schnittstelle zur Apotheke auditiert werden (z. B. Beschaffungswege, Vertragsgestaltung, Überwachung durch die Apotheke).</p> <p>Relevante Beschaffungsanforderungen sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • anwenderspezifische Aspekte • hygienische Aspekte • ökologische Aspekte • Arbeitsschutzaspekte • Vorgaben des Transfusionsgesetzes
8.4.3	Zugekaufte Dienstleistungen und Konsile	
	<p>Gibt es Vorgaben für die Anforderung und Durchführung von Konsilen (z. B. hinsichtlich der Dringlichkeit)?</p> <p>Gibt es strukturierte Vorlagen (z. B. Standardformular) für die Anforderung von Konsilen?</p> <p>Wird sichergestellt, dass die Konsilanforderungen umfassende, vollständige und zielführende Informationen enthalten?</p> <p>Besteht, neben dem schriftlichen Konsil, die Möglichkeit einer Rücksprache zwischen demjenigen, der das Konsil anfordert, und demjenigen, der das Konsil erteilt?</p>	
8.4.4	Informationen für externe Anbieter	
	<p>Hat die Einrichtung externe Anbieter über ihre Anforderungen informiert und enthalten die Anforderungen mind. folgende Themen:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Anforderungen an das Produkt/die Leistung b) Qualifikation des Leistungserbringers c) jeweilige Verantwortlichkeiten d) Informationen zur Überwachung 	

Kap.	Fragen	Hinweise
8.5	Realisierungsprozesse	
8.5.1	Behandlungs- und Betreuungsprozesse	
8.5.1.1	Notfallaufnahme	
	<p>Ist die ärztliche Patientenaufnahme in der Notaufnahme geregelt?</p> <p>Ist die Identifikation geriatrischer Patienten in der Notfallaufnahme z. B. durch ein geriatrisches Screening sichergestellt?</p> <p>Gibt es organisatorische Regelungen zwischen dem Rettungsdienst und der Notfallaufnahme?</p> <p>Werden Maßnahmen/Vereinbarungen mit dem Rettungsdienst zum Umgang mit infektiösen Patienten getroffen?</p>	<p>z. B. G-ISAR oder vergleichbare Screeninginstrumente</p>
8.5.1.2	Planung und Festlegung des Behandlungsprozesses	
	<p>Wird durch eine geeignete Systematik der Behandlungsprozess jedes Patienten gesteuert (inkl. Verantwortlichkeiten für den Behandlungsprozess in den ersten 24 Stunden)?</p> <p>Werden bei der Planung des Behandlungsprozesses für den Patienten folgende Aspekte berücksichtigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) diagnostische Maßnahmen (z. B. standardisierte diagnostische Stufenpläne oder diagnosebezogene Behandlungsleitlinien) b) medizinische/therapeutische Maßnahmen c) pflegerische Maßnahmen (Pflegeziele, Pflegebedarf, Pflegemaßnahmen) d) Sozialanamnese <p>Wird mit Hilfe des Assessments ein allgemeiner Behandlungsplan mit Behandlungsziel in Zusammenarbeit mit Patient und ggf. Angehörigen durch das Behandlungsteam erstellt und evaluiert?</p> <p>Werden hierbei Kommunikationsprobleme des Patienten unter Wahrung seiner Kompetenz berücksichtigt?</p> <p>Gibt es eindeutige Regelungen zur Anpassung bzw. Aktualisierung der Behandlungsziele bzw. der Behandlungsplanung?</p> <p>Ist gewährleistet, dass der Patient sowie ggf. dessen Angehöriger über wesentliche durchzuführende Maßnahmen informiert werden?</p> <p>Werden die sprachlichen, kulturellen und religiösen Besonderheiten berücksichtigt (z. B. fremdsprachliche Informationsbögen, Umgang</p>	<p>... soweit der Patient hierzu kognitiv in der Lage ist.</p> <p>Für die Weitergabe von Informationen an Angehörige müssen folgende Voraussetzungen vorliegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zustimmung des Patienten oder • Angehöriger ist gesetzlicher Vertretungsberechtigter • Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung

Kap.	Fragen	Hinweise
	und zur Harninkontinenz? Werden bei Bedarf Wundmanager, Kontinenzberater, Stomatherapeuten hinzugezogen?	
8.5.1.3.1	Berufsgruppenübergreifende Anforderungen	
	Werden die folgenden Aufgaben interdisziplinär durch das Team erfüllt und sind diese durch folgende bzw. entsprechende Dokumentationen nachweisbar: <ul style="list-style-type: none"> • geriatrisches Assessment zum Zeitpunkt der Aufnahme und der Entlassung • Teambesprechungen • diagnostische Maßnahmen (insbesondere bei geriatrischen Syndromen) • Verhalten im Notfall • Angehörigenarbeit (Anleitung, Beratung, Schulung) • Hilfsmittelberatung, -training und -versorgung • Überleitungs- und Entlassmanagement • ethische Fallbesprechungen • einheitliche Befundung/Dokumentation des Dekubitus 	Einleitung der Hilfsmittelversorgung
8.5.1.3.2	Ärztlicher Dienst	
	Werden die folgenden Aufgaben interdisziplinär unter Führung des Arztes durch das Team erfüllt: <ul style="list-style-type: none"> • medizinische Diagnostik und Therapie des Patienten (somatische, psychische und soziale Komponenten) • Überwachung und Koordinierung des geriatrischen Assessments • frührehabilitative Beurteilung • Verordnung der diagnostischen, therapeutischen und frührehabilitativen Maßnahmen sowie deren Überwachung • Einleitung der Nachsorge • Verantwortung für die Diagnostik, Therapie, den Frührehabilitationsprozess und die Entlassungsvorbereitung 	
8.5.1.3.3	Pflegedienst	
	Orientiert sich die pflegerische Arbeit an denen für die Geriatrie relevanten Erkenntnissen aus den Expertenstandards in der Pflege?	

Kap.	Fragen	Hinweise
	<p>Werden die folgenden Aufgaben innerhalb des interdisziplinären Teams erfüllt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pflege auf Grundlage eines einrichtungsbezogenen Pflegekonzeptes unter Berücksichtigung des Konzeptes der Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie (ATP-G) sowie weiterer geeigneter Pflegekonzepte (z. B. Integrative Validation) • Unterstützung der Beziehung zwischen Patient, allen anderen diagnostischen sowie therapeutischen Diensten und Angehörigen • Kommunikation mit über das Pflegeteam hinausgehenden Bereichen • Pflegeüberleitung und Entlassmanagement 	
8.5.1.3.4	Physiotherapie/Physikalische Therapie	
	<p>Werden u. a. die folgende Angebote/Therapien innerhalb des interdisziplinären Teams vorgehalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation des Patienten • schmerzlindernde Maßnahmen • Kontrakturprophylaxe und -behandlung • Tonusregulierung • Anbahnung physiologischer Bewegungsmuster • funktionelles Training • Gleichgewichtsschulung • Anleitung zur Eigentherapie • Grundbefundung neuropsychologischer Störungen • gerätegestützte Therapie • Massage inkl. Spezialformen • Hydrotherapie • Elektrotherapie • Thermotherapie • Aerosoltherapie 	
8.5.1.3.5	Ergotherapie	
	<p>Werden u. a. die folgende Angebote/Therapien innerhalb des interdisziplinären Teams vorgehalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Training der Aktivitäten des täglichen Lebens • funktionelle Therapie • Gleichgewichtsschulung • Tonusregulierung • Anbahnung physiologischer Bewegungsmuster • Befundung neuropsychologischer 	

Kap.	Fragen	Hinweise
	<p>Störungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Therapie bei sensomotorisch-perzeptiven Störungen • Therapie bei motorisch-funktionellen Störungen • Wohnungsadaption • Anleitung zur Eigentherapie • Herstellung und Anpassung ergotherapeutisch temporärer Schienen • Hirnleistungstraining • Mobilisation der Patienten • ggf. Hausbesuche • Hilfsmittelerprobung, -anpassung, -beschaffung 	
8.5.1.3.6	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	
	<p>Werden u. a. die folgende Angebote/Therapien innerhalb des interdisziplinären Teams vorgehalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostik und Therapie erworbener Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen wie Aphasien, Dysarthrien, Sprechapraxien und Dysphonien • Diagnostik und Behandlung von Kau- und Schluckstörungen • videoendoskopische Dysphagiebefundung • Empfehlung von Kostformen • Anleitung der Angehörigen und des Teams 	<p>in Kooperation möglich</p>
8.5.1.3.7	Sozialdienst	
	<p>Werden u. a. die folgenden Angebote innerhalb des interdisziplinären Teams vorgehalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienten- und Angehörigenberatung • Unterstützung bei Verarbeitungsprozessen • Entlassungsvorbereitung • Beratung und Vermittlung häuslicher Hilfen • ggf. Beratung und Vermittlung zu Pflegeeinrichtungen • Beratung über sozialrechtliche Ansprüche und Voraussetzungen • Antragstellungen (z. B. Pflegeversicherung) • Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen des Gesundheits- und sozialen Versorgungssystems • Vermittlung und Information von bzw. über Selbsthilfegruppen • Kostenregelungen 	

Kap.	Fragen	Hinweise
8.5.1.3.8	Psychologischer Dienst	
	Werden u. a. die folgende Angebote/Therapien innerhalb des interdisziplinären Teams vorgehalten: <ul style="list-style-type: none"> • neuropsychologische Diagnostik (vorwiegend mit psychometrischen Testverfahren) der Bereiche Aufmerksamkeit/Gedächtnis, Konzentration, Raumverarbeitung, Praxis, Problemlösungsfähigkeit, Planungsvermögen, Affekt und Verhalten • neuropsychologische Therapie (therapeuten- und computergestützt) • klinisch-psychologische Interventionen • Beratungsgespräche mit Angehörigen • Entspannungstraining • Sterbebegleitung 	
8.5.1.3.9	Seelsorge	
	Werden auf Wunsch des Patienten vom interdisziplinären Team Aktivitäten der Seelsorge initiiert?	Allgemeine religiös-kulturelle Spezifika müssen Beachtung finden.
8.5.1.3.10	Ernährungsberatung	
	Werden u. a. die folgenden Aufgaben innerhalb des interdisziplinären Teams erfüllt: <ul style="list-style-type: none"> • Schulung in Ernährungsfragen für Patienten und Angehörige • Beratung im Sinne von Prävention • Beratung bei Sonderkostformen, z. B. auf Grund von Schluckstörungen • Sicherstellung eines bedarfsgerechten Ernährungsangebotes für Patienten • Ernährungsprotokoll/Trinkprotokoll • Unterweisung im Umgang mit Hilfsmitteln (z. B. PEG) 	
8.5.1.4	Visiten	
	Erfolgt für jeden Patienten täglich (außer an Wochenenden und Feiertagen) eine ärztliche Visite? Findet regelmäßig eine fachärztliche Supervision statt, wenn die ärztliche Visite durch einen Arzt in Weiterbildung/Assistenzarzt erfolgt? Erfolgt die ärztliche Visite gemeinsam mit dem Pflegedienst? Werden die Ergebnisse der Visite dokumentiert?	Sonderregelung zu Feiertagen: Spätestens nach zwei visitenfreien Tagen muss eine Visite erfolgen.

Kap.	Fragen	Hinweise
	<p>Findet mind. einmal wöchentlich eine CA- oder OA-Visite statt?</p> <p>Finden regelmäßig Pflegevisiten statt?</p> <p>Finden im Bedarfsfall interdisziplinäre Wundvisiten gemeinsam mit Vertretern des ärztlichen und pflegerischen Dienstes statt und werden diese dokumentiert?</p> <p>Werden mindestens einmal wöchentlich interdisziplinäre Teambesprechungen durchgeführt?</p> <p>Nehmen an den Teambesprechungen Vertreter des ärztlichen, des pflegerischen, des therapeutischen und des sozialen Dienstes teil?</p> <p>Nehmen vom therapeutischen Dienst in der Regel die Mitarbeiter teil, die an der Behandlung der betreffenden Patienten beteiligt sind, oder findet eine entsprechende Übergabe an den teilnehmenden Kollegen statt?</p> <p>Werden die Ergebnisse dieser Teambesprechungen dokumentiert, und wird die weitere Behandlung daran ausgerichtet?</p>	<p>Wenn OA-Visite, dann muss OA Geriater sein.</p> <p>1-3 x/Quartal</p>
8.5.1.5	Entlassung und Verlegung	
	<p>Findet ein strukturiertes Entlassmanagement statt (z. B. durch eine frühzeitige Entlassungsplanung, Vorbereitung und rechtzeitige Durchführung)?</p> <p>Wird bei jeder Entscheidung des geriatrischen Teams die spezifische Entlassungssituation berücksichtigt und die Entlassungsplanung zum frühesten möglichen Zeitpunkt aktiv betrieben (Zielsetzung: ab Aufnahme)?</p> <p>Ist die Versorgung des Patienten mit Arznei-, Hilfs- und Heilmittel im Übergangszeitraum zwischen stationärer und ambulanter Versorgung sichergestellt?</p> <p>Wird dem Patienten ein fachärztlicher Kurzbericht bei Entlassung mitgegeben?</p> <p>Geht ein ausführlicher Entlassungsbericht inkl. Epikrise innerhalb von 3 Werktagen an den weiterbehandelnden Arzt?</p> <p>Ist eine systematische Zusammenarbeit mit weiterbehandelnden stationären und ambulanten Einrichtungen, z. B. im Rahmen eines strukturierten Entlass- und Überleitungsmanagements, sichergestellt?</p>	<p>beinhaltet mind. Assessmentergebnisse, funktionelle Behandlungsergebnisse, Empfehlungen für Heil- und Hilfsmittel</p>
8.5.1.6	Umgang mit Sterben und Tod	
	<p>Gibt es Regelungen zum Umgang mit Sterben und Tod?</p> <p>Besteht die Möglichkeit, Sterbende in</p>	

Kap.	Fragen	Hinweise
	<p>Einzelzimmern unterzubringen und ihnen die kontinuierliche Begleitung durch Angehörige zu ermöglichen?</p> <p>Ist eine zeitnahe seelsorgerische/psychologische Betreuung von Sterbenden und deren Angehörigen verfügbar?</p> <p>Gibt es Mitglieder des geriatrischen Teams mit der Zusatzweiterbildung „Palliative Care“ oder Fortbildungen in Sterbebegleitung?</p> <p>Gibt es für die Mitarbeiter des geriatrischen Teams Supervisionsangebote/psychologische Betreuung?</p>	
8.5.2	Validierung der Prozesse zur Leistungserbringung	
	<p>Hat die Einrichtung während des gesamten Ablaufs der Dienstleistungserbringung (Aufenthalt des Patienten) die Ergebnisse von Überwachungs- und Messanforderungen gekennzeichnet?</p> <p>Steuert die Einrichtung die eindeutige Kennzeichnung der Ergebnisse, wenn Rückverfolgbarkeit gefordert ist, und bewahrt sie dokumentierte Informationen auf, um eine Rückverfolgbarkeit zu ermöglichen?</p> <p>Werden die Prozesse der Leistungserbringung validiert, deren Ergebnis nicht durch nachfolgende Prüfung überwacht bzw. gemessen werden kann?</p> <p>Sind für diese speziellen Prozesse Regelungen festgelegt, die folgende Aspekte beinhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Kriterien für die Bewertung und Genehmigung der Prozesse b) Genehmigung der Ausrüstung und der Qualifikation des einzusetzenden Personals c) Gebrauch spezifischer Methoden und Verfahren d) Anforderungen zu dokumentierten Informationen e) erneute Validierung 	<p>Dies sind u. a. Nachweise von erforderlichen Gerätekontrollen, z. B. im Bereich der patientennahen Sofortdiagnostik/POCT (Überprüfung der korrekten Funktionsfähigkeit eines BZ-Messgeräts, Blutgasanalysegeräts o.ä.), um den Nachweis erbringen zu können, dass die am Patienten gemessenen Werte korrekt sind.</p> <p>Dies betrifft insbesondere Prozessergebnisse, bei denen sich Fehler bzw. Probleme erst nach Erbringung der Leistung zeigen.</p> <p>Solche speziellen Prozesse sind z. B. OP-Prozesse und sonstige als kritisch bewertete Prozesse im Rahmen der Patientenversorgung.</p> <p>Durch die Validierung soll die Fähigkeit dieser Prozesse dargelegt werden.</p>
8.5.2.1	Dokumentation von Patientendaten	
	<p>Ist eine vollständige, verständliche, korrekte, nachvollziehbare und zeitnahe Dokumentation von Patientendaten sichergestellt?</p> <p>Wird eine korrekte Dokumentation der Daten gemäß der auf § 301 SGB V beruhenden Vereinbarungen der Spitzenverbände gewährleistet?</p> <p>Werden alle relevanten Maßnahmen der Patientenversorgung in der Patientendokumentation festgehalten?</p>	

Kap.	Fragen	Hinweise
	<p>Führt jede Berufsgruppe vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zum Zeitpunkt der Entlassung eine Dokumentation über den Verlauf des einzelnen Patienten während der Behandlung?</p> <p>Enthält die Dokumentation mindestens folgende Aspekte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alter und Geschlecht • alle relevanten medizinischen Diagnosen • abgestufte, standardisierte Angaben zum Grad der Hilfs- bzw. Pflegebedürftigkeit • Angaben über den ursprünglichen bzw. den jetzigen Herkunftsort (Zuhause, Krankenhaus, Alten- bzw. Pflegeheim) und über den Entlassungsort • Angaben zu instrumentellen und personellen Hilfen vor der Erkrankung sowie bei Entlassung <p>Gibt es Dokumentationsvorgaben für z. B. Bewegungsplan, Ernährungsplan, freiheitsentziehende Maßnahmen, Sturzrisiko, Dekubitusrisiko?</p> <p>Ist sichergestellt, dass Befunde wie z. B. Röntgen-, Labor-, Histologiebefunde rechtzeitig auf der betreuenden Station eintreffen?</p> <p>Ist sichergestellt, dass nachkommende Befunde/Berichte in die entsprechende Krankenakte eingeordnet werden?</p> <p>Werden alle Assessments, Untersuchungsbefunde und Behandlungsergebnisse in die zentrale Patientendokumentation aufgenommen?</p> <p>Ist sichergestellt, dass alle an der unmittelbaren Behandlung des Patienten Beteiligten, Einsicht in die zentrale Patientendokumentation haben?</p> <p>Wird auf eventuelle Fehler bzw. auf Unvollständigkeiten in der Dokumentation bzw. in den Akten angemessen reagiert (wer korrigiert, wer informiert wen)?</p>	<p>Diese Daten sollen nur einmal erfasst werden und nicht von jeder Berufsgruppe.</p>
8.5.3	Eigentum der Patienten, Angehörigen oder externen Anbieter	
	<p>Wird mit Eigentum von Patienten, Angehörigen oder Externen auf geeignete Weise umgegangen und werden dabei, soweit relevant, auch Maßnahmen zur Kennzeichnung, Verifizierung und Schutz berücksichtigt?</p> <p>Werden Fälle von verloren gegangenem, beschädigtem oder unbrauchbar gewordenem Eigentum der Patienten, Angehörigen oder Externen aufgezeichnet, und wird dieser unverzüglich darüber informiert?</p>	<p>Hierüber sind dokumentierte Informationen erforderlich.</p> <p>Zu berücksichtigen sind auch zur Verfügung gestellte Informationen, Daten (inkl. personenbezogene Daten) und Know-how sowie Materialien, Werkzeuge, Ausrüstung etc.</p>

Kap.	Fragen	Hinweise
8.5.4	Erhaltung	
	<p>Ist durch geeignete Maßnahmen sichergestellt, dass die zur Leistungsrealisierung benötigten Produkte (z. B. Arzneimittel, BTM, Medizinprodukte, Lebensmittel, sonstige Hilfsmittel) während der internen Verarbeitung und Weiterleitung zum vorgesehenen Bestimmungsort erhalten bleiben?</p> <p>Werden dabei folgende Aspekte, soweit zutreffend, berücksichtigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Kennzeichnung b) Handhabung c) Verpackung d) Lagerung e) Schutz 	<p>z. B. durch geeignete Kennzeichnungs-, Verpackungs- und Transportmittel und gemäß festgelegter Regelungen zu Verpackung, Konservierung, Lagerung und Transport</p>
8.5.4.1	Anwendung von Arzneimitteln	
	<p>Bestehen Verfahrens- oder Dienstanweisungen zum Umgang mit Arzneimitteln, die insbesondere die nachfolgenden Punkte berücksichtigen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Bereitstellung von ärztlich verordneten Arzneimitteln in der Einrichtung b) krankenhauserinterner Meldeweg über unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Vorkommnisse und Beinahe-Vorkommnisse im Umgang mit Arzneimitteln c) zeitnahe Verfügbarkeit qualitativ hochwertiger Informationen zu unerwünschten Nebenwirkungen bei Arzneimitteltherapien d) Lagerung und der Zugang von Arzneimitteln (insbesondere bei Betäubungsmitteln, Sterilgut und bei thermolabilen Arzneimitteln) e) falls relevant, Umgang mit Zytostatika (u. a. zentrale Zubereitung unter der Verantwortung eines Apothekers, Entsorgung von Zytostatika) f) Zubereitung anderer aseptischer Zubereitungen (Lösungen zur totalen parenteralen Ernährung, Opiate, Zytostatika, Antibiotika u. a.) unter der Verantwortung eines Apothekers <p>Besteht die Möglichkeit, mitgebrachte Arzneimittel (ambulant verordnete) zu substituieren?</p>	
8.5.4.2	Anwendung von Blut und Blutprodukten	
	<p>Werden die Vorgaben des Transfusionsgesetzes umgesetzt (u. a. Begehungen und Kontrollen durch z. B. Ringversuche)?</p>	

Kap.	Fragen	Hinweise
8.5.5	Änderungen	
	<p>Werden Änderungen anforderungsgerecht ermittelt, überprüft und gesteuert? Werden die Änderungen autorisiert und Maßnahmen zur Vermeidung negativer Auswirkungen eingeleitet?</p>	<p>Hier sind dokumentierte Informationen erforderlich.</p>
8.6	Überwachung und Messung der Leistung	
	<p>Werden die Merkmale der Leistungen bei der Aufnahme, während der Behandlung und bei Entlassung der Patienten überwacht und gemessen, um die Erfüllung der entsprechenden Anforderungen zu verifizieren?</p> <p>Werden zur Überwachung und Messung der erbrachten Leistungen multidimensionale geriatrische Assessmentinstrumente eingesetzt?</p> <p>Wird diese Überwachung und Messung kontinuierlich durchgeführt?</p> <p>Wird ein Nachweis über die Konformität mit den Annahmekriterien geführt (z. B. Dokumentation des Patienten, Entlassbriefe, Assessmentinstrumente)?</p> <p>Geben die dokumentierten Informationen die für die Freigabe der Leistungen zuständige/n Person/en an?</p> <p>Geht aus den dokumentierten Informationen hervor, dass eine Freigabe der Leistungen erst nach deren vollständiger und korrekter Erbringung erfolgt?</p>	<p>Hier sind dokumentierte Informationen erforderlich.</p> <p>Typische Merkmale sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behandlungs- und Therapieziele • Anforderungen aus Leitlinien • Anforderungen der Leistungsträger • geriatrisches Assessment <p>Freigaben sollten erst erfolgen, wenn nachgewiesen ist, dass die Anforderungen erfüllt werden.</p>
8.6.1	Qualitätssicherung/Ergebnisqualität in der Behandlung von Patienten	
	<p>Werden die Auswertungsergebnisse regelmäßig in die Einrichtungsabläufe übernommen, d. h. erfolgt eine strukturierte Anpassung der evaluierten Prozesse?</p> <p>Wertet die geriatrische Einrichtung ihre Behandlungsergebnisse quartalsweise qualitätsbezogen aus?</p>	
8.7	Umgang mit Fehlern	
	<p>Verfügt die Einrichtung über ein Konzept zum Fehlermanagement und über schriftliche Regelungen zum Umgang mit Fehlern?</p> <p>Werden damit die Erfassung der Fehler, die Einleitung von Sofortmaßnahmen, Behebung, Sammeln, Auswertung und Bewertung und Analyse der Fehlerursache geregelt?</p> <p>Berücksichtigt das Verfahren zur Fehlerlenkung, wo anwendbar, folgende</p>	<p>Hierfür sind dokumentierte Informationen erforderlich.</p>

Kap.	Fragen	Hinweise
	<p>Punkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Verantwortlichkeiten und Befugnisse zum Umgang mit Fehlern b) Erfassung und ggf. Kennzeichnung des Fehlers c) Bewertung des Fehlers d) Behebung bzw. Beseitigung des Fehlers e) Einleitung geeigneter/angemessener Maßnahmen, wenn Fehler erst nach Abschluss der Leistungserbringung entdeckt werden <p>Überprüft die Einrichtung regelhaft die Dokumentation der nichtkonform erbrachten Leistungen und Regelungen und leitet die erforderlichen Korrekturmaßnahmen ein?</p> <p>Werden die ergriffenen Maßnahmen durch die Einrichtungsleitung und betroffenen Mitarbeiter bewertet?</p> <p>Wird durch geeignete Maßnahmen sichergestellt, dass eine Leistung oder dafür benötigte Mittel, die die Anforderungen nicht erfüllen (z. B. Komplikationen), entsprechend gekennzeichnet (z. B. durch Dokumentation in der Patientenakte) und gelenkt werden?</p> <p>Wird durch diese Maßnahmen eine unbeabsichtigte Leistungserbringung oder ein unbeabsichtigter Gebrauch von Produkten verhindert?</p> <p>Wird der Betroffene ins Fehlermanagement einbezogen?</p> <p>Werden dokumentierte Informationen über die Art von Fehlern und die ergriffenen Folgemaßnahmen einschließlich erhaltener Sonderfreigaben geführt (z. B. durch Dokumentation in der Patientenakte)?</p> <p>Wird eine nachgebesserte Leistung erneut verifiziert, um die Konformität mit den Anforderungen festzustellen?</p> <p>Werden, wenn ein Fehler nach der Leistungserbringung entdeckt wird, Maßnahmen ergriffen, die den Folgen oder möglichen Folgen des Fehlers angemessen sind?</p> <p>Sind die Mitarbeiter hinsichtlich des Umgangs mit Fehlern geschult, um mögliche Fehler und Fehlerquellen zu erkennen und Fehler zu vermeiden?</p>	
8.7.1	Korrekturmaßnahmen	
	<p>Werden Korrekturmaßnahmen systematisch durchgeführt und werden dabei folgende Aspekte berücksichtigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Fehlerbewertung (einschließlich 	

Kap.	Fragen	Hinweise
	<p>Kundenbeschwerden)</p> <p>b) Ermittlung der Ursachen von Fehlern</p> <p>c) Beurteilung des Handlungsbedarfs zur Verhinderung des erneuten Auftretens von Fehlern</p> <p>d) Chancen und Risiken in diesem Zusammenhang</p> <p>e) Ermittlung und Verwirklichung der erforderlichen Maßnahmen</p> <p>f) Dokumentation der Ergebnisse von ergriffenen Maßnahmen</p> <p>g) Bewertung der Wirksamkeit der ergriffenen Korrekturmaßnahmen</p>	
8.7.2	Umgang mit Rückmeldungen von interessierten Parteien	
	<p>Hat die Einrichtung ein Verfahren einschließlich der Verantwortlichkeiten zum Beschwerdemanagement (Erfassung, Behebung und Bearbeitung) schriftlich festgelegt?</p> <p>Werden interessierte Parteien auf die Möglichkeit, Beschwerden zu äußern hingewiesen?</p> <p>Werden Beschwerden schriftlich erfasst und statistisch ausgewertet?</p> <p>Sind die Mitarbeiter für den Umgang mit Beschwerden entsprechend geschult?</p> <p>Werden die Ursachen analysiert und geeignete Korrekturmaßnahmen eingeleitet?</p> <p>Werden Wünsche im Sinne von Verbesserungsvorschlägen systematisch erfasst und ausgewertet?</p>	<p>interessierte Parteien sind u. a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienten • Angehörige • Leistungsträger • Mitarbeiter

Kap.	Fragen	Hinweise
9	Bewertung der Leistung	
9.1	Überwachung, Messung, Analyse und Bewertung	
9.1.1	Allgemeines	
	<p>Arbeitet die Einrichtung mit festgelegten qualitätsorientierten Kennzahlen, welche zur Überwachung, Messung, Analyse und Bewertung herangezogen werden?</p> <p>Ist festgelegt, was und wann überwacht und gemessen wird, sowie wann die Analyse und Bewertung erfolgt?</p> <p>Werden die erforderlichen Überwachungs-, Mess-, Analyse- und Verbesserungsprozesse geplant und verwirklicht, um die Leistung und Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems zu bewerten?</p>	<p>Hier sind dokumentierte Informationen erforderlich</p>
9.1.2	Zufriedenheit interessierter Parteien	
	<p>Wird die Zufriedenheit interessierter Parteien auf geeignete Weise ermittelt?</p> <p>Werden in der geriatrischen Einrichtung regelmäßig anonyme Mitarbeiterzufriedenheitsbefragungen durchgeführt?</p> <p>Verfügt die Einrichtung über ein systematisches Vorgehen zur Erhebung und Analyse der Rückmeldungen von Kunden bezüglich der Qualität?</p>	<p>Interessierte Parteien, ausgenommen Patienten, sind u. a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angehörige • Leistungsträger • Mitarbeiter <p>z. B. durch Befragungen über Umfragen, durch Auswertung von Rückmeldungen und Beschwerden sowie durch Bewertung von geeigneten Kennzahlen</p>
9.1.2.1	Zufriedenheit von Patienten	
	<p>Wird in der Geriatrie regelmäßig eine Patientenbefragung als Qualitätssicherungsinstrument durchgeführt?</p> <p>Übernimmt die Einrichtungsleitung die strategische Verantwortung für die Vorbereitung, Durchführung und Bewertung von Befragungen und stellt sie erforderliche finanzielle, personelle und sachliche Ressourcen zeitnah zur Verfügung?</p>	
9.1.3	Datenanalyse	
	<p>Werden, unter Beachtung des Datenschutzes geeignete Daten ermittelt, erfasst und analysiert, um die Eignung und Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems zu beurteilen?</p> <p>Beinhaltet die Datenanalyse Angaben zu folgenden Punkten</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Zufriedenheit interessierter Parteien b) Erfüllung der Anforderungen 	<p>Die Datenanalyse sollte als Grundlage für die fortlaufende Verbesserung herangezogen werden.</p> <p>interessierte Parteien sind u. a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienten

Kap.	Fragen	Hinweise
	c) Wirksamkeit der Planungen d) Prozess- und Leistungsmerkmale und deren Trends einschließlich Möglichkeiten für Verbesserungsmaßnahmen e) qualitätsorientierte Kennzahlen f) Leistung externer Anbieter g) Wirksamkeit von Maßnahmen zum Umgang mit Chancen und Risiken	<ul style="list-style-type: none"> • Angehörige • Leistungsträger • Mitarbeiter
9.1.3.1	Interne und externe Maßnahmen zur Qualitätssicherung	
	<p>Nimmt die geriatrische Einrichtung an einer geriatrispezifischen, externen vergleichenden Qualitätssicherung teil?</p> <p>Nimmt die geriatrische Einrichtung an einem Benchmarkingprogramm teil?</p> <p>Hat die Einrichtung ein Verfahren zum systematischen Umgang mit den Ergebnissen aus der externen Qualitätssicherung festgelegt?</p> <p>Gehen in die Analyse die intern dokumentierten Informationen aus der entsprechenden Zeitspanne der externen Erhebung der Qualitätssicherung ein?</p> <p>Werden nachweislich Konsequenzen aus den Ergebnissen abgeleitet?</p> <p>Weist die Einrichtung schriftliche Festlegungen zu den Ergebnisauswertungen nach?</p> <p>Werden die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung im internen Qualitätsmanagement berücksichtigt?</p> <p>Werden geeignete Maßnahmen der internen Qualitätssicherung angewendet?</p> <p>Werden die Ergebnisse zu den internen und externen Maßnahmen zur Qualitätssicherung systematisch ausgewertet und finden Berücksichtigung in Rahmen der fortlaufenden Verbesserung?</p>	<p>wie z. B. QS-Reha[®]-Verfahren der GKV, Gemidas Pro[®], Netzwerke, externe Qualitätssicherung (AQUA/IQTIG-Daten), Patientenbefragung mit Vergleichspool</p> <p>Beispiele für Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auswertungen zu Fehlern und Beschwerden • regelmäßige oder problemorientierte Qualitätszirkel • Assessments • Erreichung von Behandlungs- und Therapiezielen • Umsetzung der Anforderungen der Leistungsträger
9.1.3.2	Leistungsplanung und -steuerung	
9.1.3.2.1	Leistungsplanung	
	<p>Liegt ein Konzept zur Leistungsplanung vor und wurde ein geeigneter Personenkreis an der Konzepterstellung beteiligt?</p> <p>Existiert ein internes System zur Leistungsplanung?</p> <p>Wird die erstellte Leistungsplanung entsprechend intern kommuniziert?</p>	

Kap.	Fragen	Hinweise
9.1.3.2. 2	Leistungssteuerung	
	<p>Ist festgelegt WER WANN und WELCHE Daten erhält?</p> <p>Werden die Daten zur Leistungssteuerung in festgelegten Zeitabständen ermittelt?</p> <p>Wird systematisch auf Abweichungen in den Daten reagiert?</p>	
9.1.3.3	Finanzielles Controlling in der Patientenversorgung	
	<p>Findet eine regelmäßige Abstimmung zwischen Finanzbuchhaltung und Controlling statt?</p> <p>Werden die SOLL-Erlöse der stationären Leistungen mit den IST-Erlösen aus der Buchhaltung abgeglichen?</p> <p>Wird auf Abrechnungsabweichungen reagiert und werden geeignete Maßnahmen eingeleitet?</p> <p>Werden relevante Kennzahlen durch die Einrichtung erhoben und ausgewertet, z. B. zu</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Belegungsdaten b) Personalkosten c) Kontrolle erbrachter Leistungen auf deren richtige Codierung 	
9.2	Internes Audit	
	<p>Werden regelmäßig, mindestens jedoch einmal jährlich, interne Audits durchgeführt um festzustellen, ob</p> <ul style="list-style-type: none"> a) die festgelegten Regelungen eingehalten werden b) die bestehenden Regelungen (weiterhin) geeignet sind c) die bestehenden Anforderungen erfüllt werden d) Korrekturmaßnahmen einzuleiten sind e) Möglichkeiten für Verbesserungen bestehen <p>Berücksichtigt das Verfahren zur Durchführung interner Audits folgende Aspekte</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Verantwortungen zur Planung und Durchführung der Audits b) Qualifikation, Objektivität und Unparteilichkeit bei der Auswahl der Auditoren (Auditoren dürfen ihre eigene Tätigkeit nicht auditieren) c) Erstellung eines Auditprogramms unter Berücksichtigung von Auditkriterien, Auditumfang, Audithäufigkeit, Auditmethode, Status und Bedeutung der zu auditierenden Prozesse und Bereiche sowie 	<p>Der Leitfaden ISO 19011 sollte beachtet werden.</p>

Kap.	Fragen	Hinweise
	<p>Ergebnisse früherer Audits</p> <p>d) Auditplanung</p> <p>e) Führung von dokumentierten Informationen</p> <p>f) Berichterstattung über die Ergebnisse</p> <p>Hat die Einrichtung Regelungen zum Umgang mit den Ergebnissen der internen Audits festgelegt?</p> <p>Werden alle notwendigen, aus dem Audit resultierenden Korrekturen und Korrekturmaßnahmen zur Beseitigung erkannter Fehler und deren Ursachen umgesetzt?</p> <p>Leitet die Einrichtungsleitung im Rahmen der Managementbewertung aus den Ergebnissen der internen Audits Verbesserungsbedarfe ab und legt die Vorgehensweise fest?</p> <p>Kann die Einrichtung die durchgeführten Korrekturmaßnahmen darlegen?</p> <p>Wird die Wirksamkeit der durchgeführten Maßnahmen überprüft?</p>	<p>Eine zeitnahe Einleitung von Korrekturen und Korrekturmaßnahmen ist durch den jeweils verantwortlichen Bereich sicherzustellen.</p> <p>Die Ergebnisse der Wirksamkeitsprüfung sind aufzuzeichnen. Bei Bedarf sind weitere Maßnahmen einzuleiten.</p>
9.3	Managementbewertung	
9.3.1	Allgemeines	
	<p>Werden bei der Managementbewertung folgende Aspekte betrachtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eignung, Angemessenheit und Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems • Möglichkeiten für Verbesserungen • Änderungsbedarf bzgl. Qualitätsmanagementsystems, Leitbild, Einrichtungskonzept, Qualitätspolitik und Qualitätszielen 	<p>Die oberste Leitung muss das Qualitätsmanagementsystem regelmäßig, mindestens jedoch einmal jährlich, bewerten.</p>
9.3.2	Eingaben für die Bewertung	
	<p>Beinhaltet die Managementbewertung mindestens folgende Eingaben</p> <p>a) Ergebnisse interner und externer Audits</p> <p>b) Rückmeldungen von interessierten Parteien (Patienten, Angehörige, Mitarbeiter, Leistungsträger, Zuweiser)</p> <p>c) Beurteilungen von Prozessen, Produkten und Leistungen</p> <p>d) Erfüllung von Qualitätszielen</p> <p>e) Status von Fehler- und Korrekturmaßnahmen</p> <p>f) Ergebnisse von Überwachungen und Messungen</p> <p>g) Folgemaßnahmen vorangegangener Managementbewertungen</p> <p>h) Änderungen bei internen und</p>	<p>Zu c) u. a. Führungsprozesse, patientenbezogene Prozesse und unterstützende Prozesse, Behandlungsergebnisse, Ergebnisse der internen und externen Qualitätssicherungsmaßnahmen</p>

Kap.	Fragen	Hinweise
	<p>externen Themen, die sich auf das Qualitätsmanagementsystem auswirken könnten</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Leistung von externen Anbietern j) Empfehlungen für Verbesserungen k) Angemessenheit der Ressourcen l) Wirksamkeit von Maßnahmen zum Umgang mit Chance und Risiken 	
9.3.3	Ergebnisse der Bewertung	
	<p>Beinhalten die Ergebnisse der Managementbewertung Entscheidungen und Maßnahmen zu folgenden und ggf. weiteren Punkten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Verbesserung der Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems und seiner Prozesse b) Änderungsbedarf am Qualitätsmanagementsystem c) Bedarf an Ressourcen <p>Werden die Ergebnisse der Managementbewertungen aufgezeichnet?</p>	

Kap.	Fragen	Hinweise
10	Verbesserung	
10.1	Allgemeines	
	<p>Werden Chancen zur Verbesserung bestimmt und Maßnahmen eingeleitet, um die Kundenanforderung zu erfüllen und die Kundenzufriedenheit zu erhöhen? Umfassen diese:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Verbesserungen in der Leistungserbringung, um zukünftige Erwartungen zu berücksichtigen b) Korrektur, Vermeidung, Reduzierung von unerwünschten Auswirkungen c) Verbesserungen zur Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems 	
10.2	Fortlaufende Verbesserung	
	<p>Berücksichtigt die Einrichtung Ergebnisse von Analysen und Bewertungen sowie der Managementbewertung, um eine fortlaufende Verbesserung der Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems zu erreichen?</p>	