

Scheve Management
Referat Produkte

Pflegedienst Bethel Welzheim:

**Interne Revision in Medizin und Pflege
vom 19.03. – 20.03.2015**

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

Bericht im Auftrag des Gesellschafters

Auditoren:

Andreas Dietel, Ina Gottschalk, Cornelia Möller



NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Inhalt

1. Einleitung	1
1.1 Methodik der Internen Revision in Medizin und Pflege des Diakoniewerkes Bethel.....	1
1.1.1 <i>Die Interne Revision in Medizin und Pflege als Instrument der Qualitätssicherung und -entwicklung</i>	1
1.1.2 <i>Der nächste Schritt: die Überprüfung der Qualitätsmanagementsysteme durch externe Gutachter und die Zertifizierung der Einrichtungen</i>	2
1.1.3 <i>Ausblick</i>	2
1.2 Kriterienauswahl.....	3
2 Allgemeine Angaben zur Einrichtung	5
3 Prüfkatalog Diakonie-Siegel Pflege, Version 2	9
3.1 Maßnahmenplan	9
3.2 Führungsprozesse	9
3.2.1 <i>Führung, Politik und Strategie</i>	9
3.2.2 <i>Personal</i>	12
3.2.3 <i>Qualitätsmanagementsystem</i>	16
3.2.4 <i>Sicherheit</i>	19
3.3 Kernprozesse	20
3.3.1 <i>Pflege</i>	20
3.3.2 <i>Hauswirtschaft</i>	24
4 Begutachtungen	26
4.1 Begutachtungen von Stationen	26
4.1.1 <i>Station Urbach</i>	26
4.1.2 <i>Station Welzheim</i>	29
4.1.3 <i>Station Alfdorf</i>	32
4.2 Begutachtungen von Patienten	35
4.2.1 <i>Patient 1</i>	35
4.2.2 <i>Patient 2</i>	36
4.2.3 <i>Patient 3</i>	37

4.2.4	<i>Patient 4</i>	38
4.2.5	<i>Patient 5</i>	39
4.2.6	<i>Patient 6</i>	40
4.2.7	<i>Patient 7</i>	41
4.2.8	<i>Patient 8</i>	42
4.2.9	<i>Patient 9</i>	43
4.2.10	<i>Patient 10</i>	44
4.3	Überprüfung der Dokumentation	45
5	Zusammenfassung	48
	Anhang	51

Abkürzungsverzeichnis

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

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

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

1. Einleitung

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

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

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

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

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

Während im ersten Halbjahr die Revisionen der Bethel-Einrichtungen durchgeführt werden, stehen im zweiten Halbjahr die Ergebnisse auf der Agenda des DwB. Auf den Konferenzen der Führungskräfte aller Einrichtungen werden die Ergebnisse verglichen, diskutiert und Maßnahmen / Planungen für das darauf folgende Jahr vorge-

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

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

stellt. Die Ergebnisse des Vorjahres stellen die Basis für die jeweils nächste Revision dar.

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

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

Für das Krankenhaus Bethel Berlin und die beiden Geriatrischen Rehabilitationskliniken in Trossingen und Welzheim entschied sich der Gesellschafter für die Zertifizierung nach KTQ® (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen), für die Seniorenzentren und Pflegedienste des DwB nach DSP (Diakonie-Siegel Pflege®). Bis Ende 2009 sind, bis auf eine Ausnahme, alle Einrichtungen zertifiziert worden, in den folgenden Jahren stellen sich die Einrichtungen ihrer Rezertifizierung.

1.1.3 Ausblick

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

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

Um die Einrichtungen des DwB mit ihren Stärken, aber auch mit allen ‚Ecken und Kanten‘ darzustellen und dem Informationsbedürfnis der Interessenten entgegenzu-

kommen, werden bereits seit Anfang 2008 alle internen wie auch alle von der Heimaufsicht (im Folgenden: HA) und dem MDK erstellten Berichte im Internet vollständig veröffentlicht, obwohl sie dem Leser wegen ihres Umfangs ein gewisses ‚Durchhaltevermögen‘ abverlangen.

1.2 Kriterienauswahl

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

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

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

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

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

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

Im folgenden Kapitel werden die Strukturdaten der Einrichtungen dargestellt.

2 Allgemeine Angaben zur Einrichtung

Datum der Prüfung	von: 19.03.2015	bis: 20.03.2015
--------------------------	-----------------	-----------------

Uhrzeit / Thema der Revisionstage			
1. Tag:	von:	09.00	bis: 17.00 Uhr
2. Tag:	von:	09.00	bis: 17.00 Uhr

Anwesende Personen:	
Auditorengruppe:	
1. Herr Dietel, SMG	
2. Frau Möller, GF/PDL SZOE	
3. Frau Gottschalk, GF/PDL PDOE	
Gesprächspartner der Einrichtung:	
1. Herr Bader, HGF	
2. Frau Byczek Palfalusi, GF/PDL	
3. Frau Kaffenberger, StvPDL	
4. Frau Berger, QMB/Hygienebeauftragte	
5. Frau Layer ,Teamleitung (ab 9.03.2015)	

Wann wurde die Einrichtung zuletzt von anderen Qualitätsprüfungsinstitutionen besucht
Juni 2013 Wiederholungsbegutachtung Diakonie Siegel Pflege. MDK Dez. 2013

Name und Träger der Einrichtung sowie verantwortliche Personen mit Angabe der Qualifikationen:	
Name der Einrichtung:	Pflegedienst Bethel Welzheim gemeinnützige GmbH
Gesellschafter:	Diakoniewerk Bethel gemeinnützige GmbH
Geschäftsleiter:	Karl-Heinz Bader
PDL:	Anna Byczek Palfalusi
QM-Beauftragter:	Karin Berger

Seit wann besteht die Einrichtung?
1975

Welche Zusatzleistungen / Spezialisierungen werden von der Einrichtung angeboten?

1. Betreuungsgruppe Demenz
2. Gesprächskreis für Angehörige an Demenzerkrankte
3. Familienpflege

Art der Einrichtung und Versorgungssituation

Bettenanzahl:

Aktuelle Belegung:

Auslastung in %:

Eine Übersicht über Patienten / BW mit besonderen Pflegeproblemen liegt vor

		Mrz 15
a.	Wachkoma	0
b.	Beatmungspflicht	0
d.	Dekubitus	2 hier entst. 2 mitgebr.
c.	Blasenkatheter	9
e.	PEG-Sonde	1
f.	Fixierung	10 (Seitenteile am Bett)
g.	Kontraktur	32
h.	Vollständige Immobilität	2
i.	Tracheostoma	0
j.	MRSA	1
k.	Diabetes Mellitus	31

Struktur der Wohn- und Pflegebereiche / Stationen bzw. Patienten im Rahmen ambulanter Versorgung													
Wohnbereich / Stat.	geht über Ebenen		Anzahl Wohnplätze				davon nach SGB XI eingestuft in Pflegestufe					Härte-fälle	nicht eingestuft
	1	>1	1	2	3	>3	0	I	II	III			
							Belegung / Versorgung stand 12.03.	2	39	35	10	0	99
Gesamt:			0				185	2	39	35	10	0	99

Folgende Ausstattung ist vorhanden (ja/nein):

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

Zusammensetzung Pflegepersonal							
Qualifikationen	Vollzeit		Teilzeit		Gesamt-Std.	Geringf. Beschäftigte	
	Anzahl MA in VK	Stunden wöchentl.	Anzahl MA in VK	Stunden wöchentl.		Anzahl MA in VK	Stunden wöchentl.
Krankenschwestern	3,00	120,00	8,34	125,10	245,10	0,55	
Altenpfleger/-innen		0,00	4,38	65,70	65,70	0,30	
Pflegehilfskräfte ohne Qualifikation		0,00	0,35	5,25	5,25	0,97	
Pflegehilfskräfte mit Basisqualifikation		0,00	5,95	89,25	89,25	0,76	
Auszubildende		0,00		0,00	0,00		
Gesamt:	3,00	120,00	19,02	285,30	405,30	2,58	0,00

3 Prüfkatalog Diakonie-Siegel Pflege, Version 2³

3.1 Maßnahmenplan

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

3.2 Führungsprozesse

3.2.1 Führung, Politik und Strategie

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 1.1.1 Diakonisches Einrichtungsleitbild (3), F 1.1.2 Diakonieleitbild (2), F 1.1.3 Leitbild Seelsorge Aushang (3), F 1.1.4 Hauswirtschaftsleitbild (4), F 1.1.5 Leitbild Pflege (3)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Leitbilder liegen vor und befinden sich auf dem aktuellen Stand.	
F: In und um Welzheim herum gibt es zahlreiche christliche Gemeinden. Beim Erstgespräch werden die Daten erhoben - der Pflegedienst wird in kritischen Situationen auch als Ansprechpartner herangezogen, Kontakte zu Gemeinden / Pfarrern herzustellen.	

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

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 1.2 Qualitätspolitik und Qualitätsziele	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Formalie: Die Einrichtung hat aus der Anforderung "Qualitätspolitik und Qualitätsziele" die Verfahrensanweisung "Qualitätspolitik" werden lassen und die Qualitätsziele gestrichen.	H: Auch wenn es teilweise unpraktisch erscheint, muss bethelweit die Gliederung des Bundesrahmenhandbuchs Diakonie-Siegel-Pflege sowie die Benennungen der Anforderungen eins zu eins übernommen werden. Dies wird im Rahmen der sogenannten "Matrixzertifizierung" vorausgesetzt, bei der davon ausgegangen wird, dass anhand der selben Anforderungen inhaltlich nahe beieinanderliegende Verfahrensanweisungen erstellt werden. Hierdurch lässt sich bethelweit von "einer" Qualitätsentwicklungsarbeit und -entwicklung" sprechen und durch jährliche stichprobenartige Kontrollen in ausgewählten Einrichtungen - anstatt jährlichen Audits in allen Einrichtungen - belegen.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 1.3 Organigramm (4)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Das Organigramm integriert die Beauftragtenliste - zusätzlich wurde noch eine Gesamtübersicht der Beauftragten als Extra-Datei angefertigt.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 1.4 Leistungsbeschreibung (5), K 1.2 VA Pflegekonzept (6)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Die Regelung beschreibt Leistungen des Pflegedienstes, ist aber - bezogen auf die Kriterien der Anforderung - knapp gehalten und nimmt auch nicht alle Punkte auf (bspw. die sachliche Ausstattung, Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit).</p> <p>F: Im Pflegekonzept werden alle Aspekte, die in der Anforderung zu F 1.4 stehen, beantwortet, ohne dass in der Regelung zu F 1.4 darauf hingewiesen wird.</p> <p>N: Keine Nachweise gefunden.</p>	H: Die Leistungsbeschreibung muss sich entweder im dazugehörigen Ordner finden lassen oder in ihr ein Hinweis auf die konkreten Regelungen gegeben werden, in denen die Aspekte der Anforderung F 1.4 beschrieben sind. Regelungen müssen dem Leser ohne viel Aufwand einen Überblick des Prozesses vermitteln, über die er sich informieren möchte - hier beispielsweise ein externer Auditor oder ein neuer Mitarbeiter während der Einarbeitungsphase.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 1.5 Managementbewertung	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Die zusätzlichen Leistungen, die im Pflegeneuausrichtungsgesetz vorgesehen waren, wird es in der vorgesehenen Form in Baden-Württemberg nicht geben. F: Zusätzliche Leistungen können durch die zusätzliche Pauschale, die den Patienten seit 2015 zur Verfügung steht, bezahlt werden. F: Der Flyer zum Leistungsangebot wird überarbeitet.</p> <p>N: Flyer, Entwürfe des überarbeiteten Flyer.</p>	
<p>F: Die Einrichtung bildet Wundmanager aus, um die Hausärzte bei schwierigen Wundbehandlungen unterstützen zu können. Die etablierten örtlichen "Reha-Teams", die auf diesem Feld tätig waren, ziehen sich zunehmend aus der Wundversorgung zurück.</p>	
<p>F: Um die Beteiligung an der anonymen jährlichen Befragung zu erhöhen, wurden für alle, die den Fragebogen abgegeben haben, Preise verlost. F: Eines der Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung - entnommen aus dem Freitext - war, dass im laufenden Jahr Kommunikationsfortbildungen angeboten werden.</p>	
<p>F: Der bethelweite Rezertifizierungsbericht wurde auch vom PDWE geprüft - ein Verbesserungspotential aus dem Bericht 2014 wird zur Zeit umgesetzt - die Geschäftsführerinnen / Pflegedienstleiterinnen werden sich gemeinsam zu einem Erfahrungsaustausch treffen.</p>	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 1.6 Kooperationen (3)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: In der Managementbewertung werden Lieferantenbewertungen sowie Maßnahmen ausgewiesen. F: In der Regelung werden allgemeine Grundsätze, die in der Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern zu beachten sind, dargelegt.</p>	

3.2.2 Personal

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.1.1 Stellenplan (4)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Berechnung des Personals ist angelehnt an das aus dem Seniorenzentrum übliche Vorgehen.	H: Die Personalberechnung im ambulanten Pflegedienst muss erläutert werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.1.2 Personalakquise (2), F 2.1.2.2 Standard Bewerbung (4), F 2.1.2.3 Bewerbungsbeurteilung (2)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F Die Regelung nimmt die Kriterien der Anforderung auf. Nicht alle Aspekte sind sofort nachzuvollziehen.	H: Die Einrichtung muss die verwendeten Begriffe auf den Verfahrensanweisungen und ihren mitgeltenden Dokumenten vereinheitlichen. Ankündigungen - hier beispielsweise zu den Bewertungskriterien der Bewerberauswahl - müssen in den genannten mitgeltenden Dokumenten ausgeführt werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.2.1 Dienst- und Tourenplanung (6),	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Der "Dienstplan soll einen Monat im Voraus geplant und 14 Tage vor Monatsbeginn ausgehängt werden", heißt es in der Regelung. An anderer Stelle wird gesagt, dass der Dienstplan vier Wochen vor Gültigkeit (am "1. des Vormonats) ausgehängt werden muss, was der entsprechenden Bethelkonvention entspricht.	H: Der Dienstplan muss vier Wochen vor Gültigkeit freigegeben und bekannt gemacht werden. Die Regelung muss eindeutig verfasst werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.2.3 Interne Kommunikation , F 2.2.3.4 VA Handzeichenliste, Konzeption (6), F 2.2.3.3 VA Dienstbesprechung (10), F 2.2.3.1 Konferenzstruktur (6)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: In mehreren Regelungen werden alle Aspekte der Anforderung aufgenommen.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.3.1 Stellen- und Aufgabenbeschreibung (5), F 2.3.1.6 Stellenbeschreibung PFK (2), F 2.3.1.11 Stellenbeschreibung Fam.pfl (2), F 2.3.1.14 Stellenbeschreibung Verwaltungskraft (3)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Regelung nimmt die Kriterien der Anforderung auf. Gesehene Stellenbeschreibungen sind dementsprechend gegliedert und verständlich verfasst. F: Für die Ehrenamtlichen liegt eine Aufgabenbeschreibung vor. F: Für bestimmte Funktionen (z.B. Qualitätsbeauftragte, Hygienebeauftragte) liegen Stellenbeschreibungen vor.	0
F: Neue Mitarbeiter bekommen zur Einstellung noch nicht ein neues Testament.	H: Jeder neue Mitarbeiter muss ein neues Testament zur Einstellung bekommen.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
2.3.2 Einarbeitung neuer Mitarbeiter	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Regelung nimmt zahlreiche Kriterien der Anforderung auf. F: Mitgeltende Dokumente - wie die Einarbeitungskataloge - sind sehr strukturiert und nachvollziehbar verfasst.	H: Die Regelung muss alle Kriterien der Anforderung aufnehmen und entsprechend ergänzt werden - hier insbesondere um das Verfahren der Weiterentwicklung des Konzeptes und die Klärung des Fort- und Weiterbildungsbedarfes neuer Mitarbeiter.
F: Die Einarbeitung wird ausgewertet und der Fortbildungsbedarf des neuen Mitarbeiters ermittelt. F: Der Erfolg des Einarbeitungsverfahrens ergibt sich aus den Rückmeldungen der Mitarbeiter während der Einarbeitungsgespräche.	
F: Für alle neuen Mitarbeiter wird in 2015 eine Einführungsveranstaltung zum diakonischen Profil angeboten, die durch einen Pastor geleitet wird.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.3.3 Ausbildung , F 2.3.3.1 Leitlinien und Lernangebote für Schüler (4)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Die Einrichtung bildet nicht aus, sondern ist Einsatzstelle für Auszubildende anderer Einrichtungen (ca. 8 - 10 Azubis pro Jahr).</p> <p>F: Rückmeldungen der Ausbildungsstätten sind positiv.</p> <p>F: Alle Schüler werden am Ende ihrer Einsätze nach ihrer Einschätzung gefragt und gebeten, den Einsatz zu bewerten.</p> <p>N: Rückmeldebögen 2014</p>	
<p>F: Der gesamte Prozess der Begleitung Auszubildender enthält eine Reihe gut durchdachter Dokumente. Bspw. werden Gespräche protokolliert, Leitlinien zur Ausbildung legen Themen fest, die der Auszubildende kennenlernen soll.</p> <p>F: Die Regelungen wurden unter dem Thema "Mitarbeitergewinnung" und "-bindung" verfasst.</p>	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.3.4 Fort- und Weiterbildung (9), F 2.3.4.5 Anlage 1 FO Bedarfsermittlung, F.2.3.4.4 FO Abmeldung von Pflichtveranstaltungen, Diakonische Pflichtfortbildungen im DwB,	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Die Regelung nimmt auf fast alle Aspekte der Anforderung Bezug. Eine Fortbildungsbeauftragte ist nicht ausdrücklich ausgewiesen.</p> <p>F: Fortbildungsthemen ergeben sich aus den Anforderungen der Einrichtung, aus aktuellen Auditergebnissen und aus den Bedarfen der Mitarbeiter.</p> <p>F: Für das kommende Jahr werden bereits Schwerpunkte geplant, beispielsweise "Kommunikation".</p> <p>F: Der Weiterbildungsquotient für das Jahr 2014 betrug 1,3% - angestrebt wurde ein Quotient von mindestens 1%.</p> <p>F: Die Beteiligung an Pflichtfortbildungen wird ausgewertet - Mitarbeiter, die nicht an Pflichtfortbildung teilnahmen, werden gezielt auf ihr Pflichtdeputat hingewiesen. Können Mitarbeiter ihr Deputat über zwei Jahre nicht erfüllen, findet ein Gespräch zwischen der Leitung und dem Mitarbeiter statt.</p> <p>N: Fortbildungsplan 2015; Anwesenheitsliste Fortbildungen 2014</p>	<p>H: Eine Fortbildungsbeauftragte muss ausgewiesen werden - die Einrichtung hat eine übergeordnete Beauftragte, die für alle drei Welzheimer Einrichtungen die Pflichtfortbildungen organisiert und eine für den Pflegedienst, die die Bedarfe der Mitarbeiter der Einrichtung erhebt.</p>
<p>F: Der Fortbildungsplan 2015 weist mehrere Termine für diakonische Fortbildungen aus.</p> <p>N: Fortbildungsplan 2015</p>	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.3.5 Mitarbeitergespräche (4)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Die Mitarbeitergespräche finden - wie bereits 2012 betriebsintern festgelegt - im zweijährigen Turnus statt. Die zentral vom Diakoniewerk Bethel herausgegebene Verfahrensanweisung geht von jährlichen Intervallen aus, um jährlich auf die Bedarfe der Mitarbeiter eingehen zu können und die Mitarbeiter in die jährlich festgelegten Unternehmensziele einbinden zu können.</p>	<p>E: Die Einrichtungsleitung konnte den Auditoren nicht plausibel darlegen, wie Mitarbeiter in die Zielplanung eingebunden werden. Das Verfahren sollte dahingehend geprüft werden.</p>

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.3.7 Teamentwicklung (5)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Der Aspekt der Supervision oder Balintgruppen wird in der neuen Version der Regelung nicht mehr erwähnt.	H: Die Regelung muss alle Kriterien der Anforderung aufnehmen.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.3.8 Begleitung ehrenamtlicher Mitarbeiter (5)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Regelung ist bezüglich der Anforderung nicht umfassend.	H: Die Regelung muss bezüglich der Anforderungskriterien ergänzt werden.

3.2.3 Qualitätsmanagementsystem

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.1 Aufbau des Qualitätsmanagementsystems	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die externen Qualitätssicherungsmaßnahmen bestehen gemäß der Regelung beispielsweise aus dem Besuch von Kongressen.	H: Diese Angaben müssen herausgenommen werden. Externe Maßnahmen der Qualitätssicherung (und -entwicklung) sind bspw. die Internen Revisionen, MDK-Prüfungen, Rezertifizierungen oder extern veranstaltete Qualitätszirkel zur überregionalen standardisierten Zusammenarbeit (bspw. im Zuge der Entwicklung gemeinsamer Überleitungsbögen).

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.2 Lenkung von Dokumenten und Aufzeichnungen (2), F 3.2.1 Dokumentenmatrix, F 3.2.1 Dokumentenmatrix (4), F 3.2.2 Festlegung zur Kopfzeile, F 3.2.4 Datenschutzkonzept, F 3.2.4.1 Datenschutzrichtlinien_MA	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Das Dokumentationssystem wird einmal jährlich im Rahmen von Pflegevisiten geprüft.	
F: In der Regelung werden Archivierungsfristen gemäß Bethel-Konvention angegeben (alle patientenbezogenen Dokumente und patientenbezogene Dokumentation 30 Jahre, alles andere zehn Jahre).	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.3 Fehlermanagement (4), F 3.3.2 FO Fehlersammelliste (5), F 3.3.1 Fehleranalyse (1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Beschwerden werden spätestens nach zwei Tagen innerhalb der Leitungen besprochen. F: Fehlerursachen systematischer Fehler - hier beispielsweise die Bestellung von Medikamenten durch den Pflegedienst - werden ermittelt und ggf. durch eine Fortbildung thematisiert.	
F: Zur Aktion "Fehler des Monats" gibt es zahlreiche kritische Rückmeldungen der Mitarbeiter, die Angst vor "Bloßstellungen" haben. Hier wird innerhalb der Mitarbeiterschaft noch viel Überzeugungsarbeit notwendig sein. Ziel ist es, eine offene Fehlerkultur zu etablieren, in der Fehler als Chance begriffen werden, systematischen Fehlern vorzubeugen. N: Fehlerstatistik 2014 / 2015	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.4 Korrektur- und Vorbeugungsmaßnahmen (3), F 3.4.1FO Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen - Protokoll (2)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Eine Gefährdungsbeurteilung wurde in Zusammenarbeit mit der Sicherheitsfachkraft der Fa. BAD erstellt. N: Gefährdungsbeurteilung 2013	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.5 Beschwerdemanagement (5)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Jedem neuen Patienten wird eine Informationsmappe überreicht, in der auch Beschwerdeformulare enthalten sind. Auf diese Weise wird dazu aufgefordert, alle auftretenden Unzufriedenheiten bekannt zu machen und zu klären.	H: In der Regelung muss auf die "Stimulierung" der Beschwerde eingegangen werden.
F: Halbjährlich analysiert die QM-Beauftragte die Beschwerden.	H: Analysen der Beschwerden auf Hinweise systematischer Fehler - hier insbesondere auch mit hohem Schadenspotential - müssen laufend schon während des Eingangs erfolgen. Im Rahmen der zweiwöchentlichen Leitungsbesprechungen müssen die Ergebnisse in der Rubrik "Fehler / Beschwerden" präsentiert werden können.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.6 Internes Audit (3)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Internen Auditoren wurden von einem erfahrenen Auditoren geschult. F: Die Auditoren bewerten nicht ihren eigenen Arbeitsbereich.	H: Die Einrichtung muss konkreter werden und bspw. als Auditoren "Pflegefachkräfte" mit "zweijähriger Berufserfahrung" oder "Regio" etc. benennen, die über eine Auditor-Fortbildung verfügen.
F: Die Einrichtung führt das Systemaudit selbst durch - die Leitungskräfte (QMB, PDL, stv. PDL, Regio) sind hierfür verantwortlich. Ein Auditplan liegt vor. N: Auditplan 2014	

3.2.4 Sicherheit

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 4.1 Umgang mit Bewohnereigentum (5)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Regelung und mitgeltendes Dokument sind ausführlich. Nicht geklärt ist, ob die Versicherung auch für verlorene Patientenschlüssel gilt.	H: Der Versicherungsschutz muss geklärt werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 4.2 Arbeitsschutz (3), F 4.2.1 Unfallmeldung von Mitarbeitern (4), Gefahrstoff-Kataster_Welzheim	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Der Arbeitssicherheitsausschuss tritt viermal jährlich zusammen.	
F: Die Teilnahme an den Fortbildungen wird regelmäßig überprüft und Mitarbeiter aufgefordert, an Pflichtfortbildungen teilzunehmen, wenn nicht geschehen. F: Fortbildungen (Bobath) für rückschonendes Arbeiten werden angeboten - ebenso werden Sportangebote für die Mitarbeiter organisiert (Nordic Walking).	H: Die gesundheitsförderlichen Maßnahmen müssen in der Verfahrensanweisung allgemein beschrieben werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 4.5 Hygiene , F 4.5.3 MRSA, Umgang mit Patienten (5), F 4.5.1 Hygienehandbuch Inhaltsverzeichnis (9)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Zur Zeit versorgt die Einrichtung einen Patienten mit MRSA. Die Mitarbeiter verwenden die persönliche Schutzausrüstung (Mundschutz, Kittel, Handschuhe).	H: Für den Fall, dass die Keime per Tröpfcheninfektion übertragen werden, müssen Schutzbrillen und Haarhauben bereitgestellt werden.

3.3 Kernprozesse

3.3.1 Pflege

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.1 Pflegeleitbild (3)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Das Pflege- und Seelsorgeleitbild sind Teil der Checkliste zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.3 Erstkontakt, Erstgespräch (4), K 1.3.1 FO Erstbesuchsprotokoll, K 1.3.3 Handhabung Erstbesuchsmappe	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Gute Idee: Die Checkliste für den Erstkontakt wurde mit dem sog. "Erstbesuchsprotokoll" zusammengelegt. Intuitiv ist nicht erkennbar, welche Daten beim Erstkontakt vom Mitarbeiter abgefragt werden müssen, damit die später informierten Verantwortlichen weitere Maßnahmen in die Wege leiten können.</p> <p>F: Dass Informationsmaterial vorhanden ist, geht aus der Verfahrensanweisung hervor, jedoch wird im Formular "Erstbesuchsprotokoll" darauf kein Bezug genommen.</p> <p>F: Verantwortliche für ein ggf. erforderliches, schnelles Vorgehen - hier: sofortige Aufnahme der häuslichen Versorgung - werden benannt.</p>	<p>E: Die Daten, die beim Erstkontakt mindestens erfragt werden müssen, sollten hervorgehoben werden. Es sollte auch dort vermerkt werden, ob der Interessent weitere Informationsmaterialien wünscht oder nicht.</p>
<p>F: Das Erstbesuchsprotokoll nimmt viele Aspekte des gegenwärtigen und bundesweit stattfindenden Projektes zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation bzw. zur "Entbürokratisierung der Pflegedokumentation" auf.</p>	<p>E: Es sollte geprüft werden, ob das Protokoll für eine Erweiterung bezüglich der Themen der Projektanforderungen geeignet ist - und ggf. die derzeitige Anamnese abgeschafft werden kann. Voraussetzung: Die im Rahmen der strukturierten Informationssammlung erfragten Daten dürfen nur durch eine Pflegefachkraft erhoben werden.</p>

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.4 Aufnahme (3), K 1.4.3 FO Checkliste SGB V (3), K 1.4.4 FO Checkliste SGB XI, K 1.4.2 Aufnahmebogen für neue Patienten (7)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Regelung und die mitgeltenden Dokumente sind umfassend.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.5 Pflegeprozess, Pflegeplanung (4)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Mitarbeiter nehmen an Kongressen und Veranstaltungen teil, um sich über den Fortschritt des Projektes zur Effizienzsteigerung zu informieren. Darüber hinaus wird der Kontakt zu anderen Einrichtungen gepflegt, die an dem Projekt teilnehmen.	
F: Die Regelung ist sehr ausführlich und stellt auch sehr anschaulich mögliche Fragen in den 12 Aktivitäten des täglichen Lebens dar, die Mitarbeiter als Anregung und Richtschnur verwenden können. F: Die Evaluation wurde erläutert, jedoch nicht festgelegt, wann die nächste dokumentierte Überprüfung der Wirkung der Pflegemaßnahmen zu erfolgen hat. F: Die Anamnese muss laut Verfahrensanweisungen, erst innerhalb von 14 Tagen ermittelt werden. Der Zeitraum zur Erstellung der Pflegeplanung wird nicht genannt.	H: Der nächste Zeitpunkt der schriftlichen Evaluation - hier: Insbesondere bei instabilen Zuständen, wie eines Dekubitusrisikos oder bei Mangelernährung - muss in der Pflegeplanung situationsbezogen pro Pflegephänomen prospektiv festgelegt werden. H: Die Anamnese muss während des Erstbesuches erhoben, die Pflegeplanung innerhalb von 14 Tagen erstellt werden. Insbesondere die Risiken müssen während der Anamnese ermittelt werden, weil sich hieraus ggf. Beratungsbedarf ergibt. Sollte dies nicht erwünscht sein, muss die Pflegefachkraft dies dokumentieren.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.6 Pflegedokumentationssystem , K 1.6.2 Dokumentation, Verwendung der Formulare (8)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Pflegevisitenauswertung zeigt einen hohen Grad der Umsetzung der Dokumentationsanforderungen (z.B. zur Risikoerhebung).	
F: Gut: Die Dokumente der Pflegeplanung werden in K 1.6.2 erläutert.	H: Die Zeiträume, in denen die Formulare ausgefüllt werden sollen (hier: Anamnese, Pflegeplanung) entsprechen zwar den Bethelkonventionen, jedoch steht jeweils nur das "weiche" Wort "sollte": Die Zeiträume - am Aufnahmetag Erstellung der Anamnese, nach 14 Tagen der Pflegeplanung - gelten grundsätzlich - Ausnahmen bestätigen die Regel.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.7 Pflegestandards	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Regelung zu den Pflegestandards ist in der Ausgestaltung ausführlich - zum Teil werden Inhalte mehrfach wiederholt, teilweise werden sich widersprechende Aussagen gemacht.	H: Die Regelung muss überarbeitet und kann aussagekräftiger gestaltet werden.
F: In allen Prozesskriterien wurden "Fortbildungen" als notwendige Voraussetzung zur Anwendung des Expertenstandards - hier: Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen - angegeben. N: Nationaler Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen	H: Die Voraussetzungen zur Anwendung - hier: Fortbildungen - sind allen Expertenstandards inhärent und gehen mit seiner Einführung einher. Die Audits zur Überprüfung der erfolgreichen Einführung schließen daher auch die Befragung des Personals bezüglich weiteren Schulungsbedarfes mit ein. Der Hinweis ist daher nicht zielführend, erweitert den Umfang des Standards unnötig und lenkt von den eigentlichen Inhalten ab.
F: Bei zahlreichen Pflegestandards werden die Quellen nicht genannt.	H: Für alle fachlichen Festlegungen müssen genaue, nach Konvention gestaltete Quellenangaben gemacht werden (siehe Bethelkonventionen), so dass jederzeit nachvollziehbar ist, aus welchen Fachbüchern die Angaben stammen.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.8 Mitwirkung bei ärztlicher Diagnostik und Therapie (4)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Regelung nimmt alle Aspekte der Anforderung auf.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.9 Umgang mit Medikamenten (6)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Regelung nimmt alle Aspekte der Anforderung auf.	E: Die Regelung sollte nach einem einheitlichen Schema formatiert werden.
F: Die Verfahrensanweisung ist bezüglich der Lagerung der Medikamente und BTM missverständlich formuliert.	H: Die einzelnen Themen müssen getrennt dargestellt und durch Überschriften deutlich kenntlich gemacht werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.10 Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Regelung geht auf kritische Situationen ein.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.11 Pflegevisite (7)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Pflegevisiten werden regelmäßig ausgewertet - die Verbesserungspotentiale sind deutlich erkennbar, Maßnahmen finden sich in den Maßnahmeplänen wieder.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.13 Verhalten in Notfallsituationen (4), K 1.13.1 Notöffnung Patiententür (4)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Regelung ist bezüglich der Beschreibung der Kriterien der Anforderung sehr knapp gehalten.	H: Die einzelnen Themen müssen präziser beschrieben werden - im medizinischen Notfall scheidet beispielsweise die Benachrichtigung des Hausarztes aus - hier muss sofort der Rettungsdienst benachrichtigt werden. H: Auch allgemeine Notfallsituationen müssen beschrieben werden (z.B. Ausfall der Telefonanlage, Unfall).
F: Die Einrichtung wertet Notfälle nicht aus.	H: Notfälle müssen ausgewertet werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.14 Umgang mit Sterben und Tod (4)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Einrichtung bietet "Palliativwissen" und "Aussegnung" als Pflichtfortbildungen für ihre Mitarbeiter an. F: Im Ostalb-Kreis ist die Palliativversorgung gut organisiert (SAPV-Versorgung) - auch in der Nacht werden Schwerkranke und Sterbende versorgt, insbesondere die Schmerztherapie betreffend. F: In Welzheim arbeitet die Einrichtung mit dem ambulanten Hospizverein zusammen.	

3.3.2 Hauswirtschaft

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 2.1 Hauswirtschaftskonzept (5)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Einrichtung hat zwei Regelungen aus der Anforderung abgeleitet.	E: Die beiden Regelungen sollten zusammengeführt werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 3.1 Beratungskonzept (4), K 3.1.2 Durchführung eines Beratungsbesuches (4), K 3.1.4 Dokumentation Beratungsgespräche, K 3.1.5 Pflegeschulungsprotokoll, K 3.1.1 Beratungsbesuche nach § 37 SGB XI (3)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Regelung und die mitgeltenden Dokumente sind umfassend. Gut: Checkliste bei Beratungsbesuchen nach §37 SGB XI.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 3.2 Soziales Betreuungskonzept --> K 3.2 VA Betreuungsgruppe für Demenz Demz (4), K 3.2.2 Gesprächskreis Pflegender Angehöriger Demz	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die niederschweligen Angebote des Pflegedienstes richten sich an pflegende Angehörige dementer Menschen sowie die dementen Menschen selbst. F: Der Pflegedienst berät die Patienten und Angehörigen, wenn gewünscht, bei seelsorgerlichen Fragen - stellt Kontakte zu Gemeinden / Pastoren / Pfarrern oder Ehrenamtlichen des Hospizvereins her.	

4 Begutachtungen

4.1 Begutachtungen von Stationen⁴

4.1.1 Station Urbach

Datum:	19.03.2015
Begleitpersonen / Leitungen:	Fr. Baumann, Fr. Byczek-Palfalusi, Hr. Dietel

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
F 4.2 Arbeitsschutz*	Hautschutzplan der BGW / Hygieneplan*	iO
	Frage aus F 4.5: Aushang aktueller Hygiene- und Desinfektionspläne? Wird Hautschutz mit in die Hinweise eingeschlossen? Mitarbeitern bekannt?	iO
F 4.3 Brandschutz*	Aushang von Flucht- und Rettungsplänen*	iO
	Sind Fluchtwege / Flure frei begehbar?*	iO
	Sicherheit: Zugang zu gefährlichen Substanzen*	t.n.z.
F 4.4 Wartungs- und Kontrollsystem*	Kontrolle des Defibrillators / der Sauerstoffflasche des Reanimationswagens* (z.B. Ordner der Medizinprodukte - Wartungs- und Kontrollsystem. Mögliche Nachweise Anzahl, Art, Betriebsanleitungen bzw. Gebrauchsanleitungen)*	Die BZ-Geräte werden wöchentlich gewartet. H: Die Kontrollen müssen dokumentiert werden (seit Februar nicht mehr dokumentiert).
	Notfallausstattung*	t.n.z.
	Funktionskontrolle der Medizinprodukte durch die Mitarbeiter des Bereiches*	iO
	Beachtung des Datenschutzes*	iO
	Überwachung der Kühlschranktemperatur (dokumentiert?)	t.n.z.
F 4.5 Hygiene**	Ausstattung Pflegewagen* / Arbeitsmittel im ausreichenden Umfang (Handschuhe, Händedesinfektionsmittel etc.) vorhanden?*	Tourentaschen können ihr Alter nicht verleugnen, sind jedoch vollständig bestückt und funktional. Die Anschaffung neuer Tourentaschen ist geplant.
	Sauberkeit / Pflege der Rollstühle, Lifter und anderer Hilfsmittel*	t.n.z.
	Veröffentlichung von Sicherheitsanweisungen, z.B. Verhalten im Notfall*	iO
	Erforderliche Hygienemaßnahmen bei Isolierten (Schutzkleidung, Hauben, Mundschutz, Handschuhe, Einmalkittel, Wäsche, Abwurf, Reinigung)?*	iO
	Umgang mit reinem / unreinem Arbeitsraum / Arbeitsmitteln*	iO

⁴ Die Kriterien sind dem Katalog Diakonie-Siegel Pflege, Version 2, entnommen

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
	Lagerungshilfsmittel*	iO
	Lagerung der Verbandsmaterialien / Sterilgut*	iO
	Kleidung der Mitarbeiter*	iO
	Gesamteindruck Sauberkeit und Hygiene **	Für Patienten, die infektiös sind, liegen für die Mitarbeiter entsprechend Materialien bereit (Kittel, Handschuhe, Mundschutz). Hygieneaudits werden zweimal pro Jahr in den Büros durchgeführt.
K 1.9 Umgang mit den Medikamenten*	Die Medikamentenschränke sind abschließbar / Lagerung in Medikamentenkühlschränken bei Bedarf.*	iO
	Sachgemäße Lagerung / Aufbewahrung (Beschriftungen nach Anbruchs- und Verfallsdatum mit Jahreszahl* / Entsorgung der Medikamente (und Spritzenbestecke)*	Medikamente werden bei den Patienten gelagert - in Ausnahmefällen im Büro.
	Kontrollliste Lagergut und Medikamente*	iO
	Entsprechen die gestellten Medikamente denen, die der Arzt angeordnet hat (Abgleich Medikamente / Verordnung)?*	iO
	BTM – Buch und Aufbewahrung (Vollständigkeit) / Verblisterung / Vier-Augen-Prinzip*	t.n.z.
K 2.2 Wohnraumgestaltung **	Gestaltung der Gemeinschaftsräume**	Das Büro ist sauber und funktional eingerichtet. Es kann für Gespräche mit Angehörigen genutzt werden.
	Gestaltung der Außenbereiche - Balkone / Gehwege / Bepflanzungen**	
	Erscheinungsbild der Flure / Gestaltung der Sitzgelegenheiten / Informationstafeln etc.**	
	Veranstaltungsübersicht**	
	Orientierungshilfen*	iO
K 2.3 Verpflegung *	Aktueller, gut lesbarer Speiseplan im Wohnbereich?*	iO
K 2.4 Reinigung **	Verkehrsflächen - Fußböden („runde Ecken“, Staub, Begebarkeit)**	Die Reinigung findet durch Mitarbeiter der Nachbarschaftshilfe statt.
	Gerüche? **	Keine.
	Sanitärbereiche und Funktionsräume**	iO
	Sauberkeit und Ordnung in Gemeinschaftsräumen**	iO
	Sauberkeit der Umgebung: Fenster, Sonnenschutz / Jalousien **	iO
	Sauberkeit Verteilerküchen**	t.n.z.
U 1.5 Beschaffung und Lagerung		
Diakonisch-Kirchliche Angebote *	Leitbilder gut sichtbar und bewohnerorientiert angebracht?*	iO
	Ausstattung der Bewohnerzimmer / Büros mit Neuem Testament (NT)*	iO
	Angebotsübersicht gut sichtbar?*	iO
	Bibel / Feiern und Loben / andere Gesangsbücher in allen Wohnbereichen / Einlegeblätter?*	iO - Einlegeblätter in den Bibeln fehlen. H: Einlegeblätter müssen dem Neuen Testament beigelegt werden.
	Liste der Pastoren / Pfarrer *	iO
	Utensilien zur Gestaltung des Abschieds von verstorbenen Bewohnern ('Aussegnungssets') in allen Wohnbereichen?*	t.n.z.

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
Sonstiges	Namenschilder?	iO
	FeM: Bei Freiheitsentziehenden Maßnahmen: liegt Gerichtsbeschluss vor? (Stichprobe)*	t.n.z.
	Handzeichenlisten aktuell? (Stichprobe: von der HZ-Liste zum Dienstplan zur Akte - Übereinstimmung?)*	Handzeichenlisten werden zweimal jährlich zusammen mit der Führerscheinkontrolle aktualisiert. Sie werden in Welzheim gelagert.
	Stufenloser Eingang *	iO
	Aufzüge mit großen, für Rollstuhlfahrer erreichbaren Bedienelementen (Höhe unter 1.20 m)*	t.n.z.
	Handläufe, Haltegriffe*	t.n.z.
	Behindertengerechtes Bad / Toilette auf allen Etagen*	t.n.z.
	Rufanlage in jedem Zimmer vorhanden / Nachtbeleuchtung*	t.n.z.
	Rutschfester Fußboden*	iO
	An Pflegefachkraft: Wann erfahren Sie von Aufnahmen? Welche Informationen erhalten Sie aus dem Erstgespräch / der prästationären Sprechstunde / vom Überleitungsbogen? Wer legt die Bezugs- / Bereichspflegefachkraft fest?	Die Pflegefachkräfte werden telefonisch oder per E-Mail oder per Rufbereitschaftshandy informiert - meist zwei bis drei Tage vor der Pflegeaufnahme.
	Kennen Sie die Ziele Ihrer Einrichtung? Kennen Sie die Ihrer Abteilung für dieses Jahr? Wissen Sie, wo Sie im Moment stehen?	Die Ziele hängen aus.
		Dienst- / Tourenplanung - Kap. 4.1.1
	Interne Kommunikation - Kap. 4.1.1	
	Datenschutz - Kap. 4.3 (k113f)	
Gesamtbewertung**		Das Büro ist sauber und ordentlich. Alle Fragen konnten beantwortet werden.

Legende:

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

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

4.1.2 Station Welzheim

Datum:	19.03.2015
Begleitpersonen / Leitungen:	Frau Gottschalk

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

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
K 1.9 Umgang mit den Medikamenten*	Die Medikamentenschränke sind abschließbar / Lagerung in Medikamentenkühlschränken bei Bedarf.*	iO
	Sachgemäße Lagerung / Aufbewahrung (Beschriftungen nach Anbruchs- und Verfallsdatum mit Jahreszahl* / Entsorgung der Medikamente (und Spritzenbestecke)*)	
	Kontrollliste Lagergut und Medikamente*	
	Entsprechen die gestellten Medikamente denen, die der Arzt angeordnet hat (Abgleich Medikamente / Verordnung)?*	
	BTM – Buch und Aufbewahrung (Vollständigkeit) / Verblisterung / Vier-Augen-Prinzip*	t.n.z.
	K 2.2 Wohnraumgestaltung **	Gestaltung der Gemeinschaftsräume**
Gestaltung der Außenbereiche - Balkone / Gehwege / Bepflanzungen**		
Erscheinungsbild der Flure / Gestaltung der Sitzgelegenheiten / Informationstafeln etc.**		
Veranstaltungsübersicht**		
Orientierungshilfen*		iO
K 2.3 Verpflegung *	Aktueller, gut lesbarer Speiseplan im Wohnbereich?*	iO
K 2.4 Reinigung **	Verkehrsflächen - Fußböden („runde Ecken“, Staub, Begehbarkeit)**	
	Gerüche?*	
	Sanitärbereiche und Funktionsräume**	
	Sauberkeit und Ordnung in Gemeinschaftsräumen**	
	Sauberkeit der Umgebung: Fenster, Sonnenschutz / Jalousien **	
	Sauberkeit Verteilerküchen**	
U 1.5 Beschaffung und Lagerung		
Diakonisch-Kirchliche Angebote *	Leitbilder gut sichtbar und bewohnerorientiert angebracht?*	
	Ausstattung der Bewohnerzimmer / Büros mit Neuem Testament (NT)*	
	Angebotsübersicht gut sichtbar?*	
	Bibel / Feiern und Loben / andere Gesangsbücher in allen Wohnbereichen / Einlegeblätter?*	
	Liste der Pastoren / Pfarrer*	
	Utensilien zur Gestaltung des Abschieds von verstorbenen Bewohnern ('Aussegnungssets') in allen Wohnbereichen?*	

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

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

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

4.1.3 Station Alfdorf

Datum:	20.03.2015
Begleitpersonen / Leitungen:	Fr. Kaffenberger, Fr. Möller

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

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
K 1.9 Umgang mit den Medikamenten*	Die Medikamentenschränke sind abschließbar / Lagerung in Medikamentenkühlschränken bei Bedarf.*	iO
	Sachgemäße Lagerung / Aufbewahrung (Beschriftungen nach Anbruchs- und Verfallsdatum mit Jahreszahl* / Entsorgung der Medikamente (und Spritzenbestecke)*	t.n.z.
	Kontrollliste Lagergut und Medikamente*	t.n.z.
	Entsprechen die gestellten Medikamente denen, die der Arzt angeordnet hat (Abgleich Medikamente / Verordnung)?*	t.n.z.
	BTM – Buch und Aufbewahrung (Vollständigkeit) / Verblisterung / Vier-Augen-Prinzip*	t.n.z.
K 2.2 Wohnraumgestaltung **	Gestaltung der Gemeinschaftsräume**	iO
	Gestaltung der Außenbereiche - Balkone / Gehwege / Bepflanzungen**	iO
	Erscheinungsbild der Flure / Gestaltung der Sitzgelegenheiten / Informationstafeln etc.**	iO
	Veranstaltungsübersicht**	
	Orientierungshilfen*	iO
K 2.3 Verpflegung *	Aktueller, gut lesbarer Speiseplan im Wohnbereich?*	
K 2.4 Reinigung **	Verkehrsflächen - Fußböden („runde Ecken“, Staub, Begehbarkeit)**	iO
	Gerüche?*	iO
	Sanitärbereiche und Funktionsräume**	iO
	Sauberkeit und Ordnung in Gemeinschaftsräumen**	iO
	Sauberkeit der Umgebung: Fenster, Sonnenschutz / Jalousien **	Sonnenschutz nicht vorhanden?
	Sauberkeit Verteilerküchen**	Sehr sauber.
U 1.5 Beschaffung und Lagerung		
Diakonisch-Kirchliche Angebote *	Leitbilder gut sichtbar und bewohnerorientiert angebracht?*	iO
	Ausstattung der Bewohnerzimmer / Büros mit Neuem Testament (NT)*	iO
	Angebotsübersicht gut sichtbar?*	t.n.z.
	Bibel / Feiern und Loben / andere Gesangsbücher in allen Wohnbereichen / Einlegeblätter?*	iO
	Liste der Pastoren / Pfarrer*	iO. Erstbesuchsmappe.
	Utensilien zur Gestaltung des Abschieds von verstorbenen Bewohnern ('Aussegnungssets') in allen Wohnbereichen?*	

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

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

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

4.2 Begutachtungen von Patienten

4.2.1 Patient 1

Datum:	19.3.2015	Geb.Datum:	
Name, Vorname:		Bereich / Abteilung:	
Betreuung:		Pflegestufe:	3
Derzeitige Situation:	Der Pflegedienst versorgt die chronische Wunde am Steiß, die seit 2012 besteht. Pflegestufe 3 - Demenz, Zustand nach Apoplex; immobil, bettlägerig.		
Medizinische Diagnosen:			
Aktueller Zustand / Umfeld:			
Haare:		Ohren:	
Lippen:		Zähne:	
Zunge:		Achseln:	
Finger / Fingernägel		Schulterblätter:	
Bauchnabel:		Hüften:	
Analgegend:		Leistenbereich:	
Fuß/Ferse/Fußnägel:		Zehenzwischenräume:	
Ernährungszustand:		PEG/Sondennahrung:	
Wunden:	Dekubitus am Steiß, abheilend.	Orientierung:	
DK:		IKM:	
Atmosphäre:		Bett (auch: höhenverstellbar)	
Sauberkeit Zimmer / Nachtsiche / Hilfsmittel		Gerüche:	
Nasszelle / WC:		Mobiliar:	
Zufriedenheit:			
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Patientin war nicht zu befragen - Ehemann hat Auskunft gegeben.	Essen:	
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten:		Pflegerische Versorgung:	Die Mitarbeiter sind alle fachlich gut - die sind alle sehr freundlich.
Medizinische Versorgung:		Therapeutische Anwendungen:	
Sollte etwas verbessert werden?	Nein, nichts.	Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	
Bewertung:			
Sollte etwas verbessert werden?			
Gesamteindruck / Bewertung:	Die Patientin wird durch eine 24-Stunden-Kraft versorgt.	+ / -	

4.2.2 Patient 2

Datum:	19.3.2015			Geb.Datum:	
Name, Vorname:				Bereich / Abteilung:	
Betreuung:				Pflegestufe:	1
Derzeitige Situation:	Geht mittels Rollator selbstständig in der Wohnung umher und versorgt sich mit Unterstützung selbstbestimmt - Leistung des Pflegedienstes: hauswirtschaftliche Leistungen, Duschen, einmal wöchentlich, täglich Anziehen der Kompressionsstrümpfe; hat einen Notruf installiert, den sie bisher nur einmal benötigte. Nimmt ihre Medikamente selbstständig ein.				
Medizinische Diagnosen:	Herzrhythmusstörungen, arterielle Hypertonie, Glaukom, restless Legs-Syndrom, chronische obstruktive Bronchitis, Zustand nach Herzschrittmacher-Operation				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:	k.B.	Augen:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	k.B.	Zahnfleisch:	k.B.
Zunge:	k.B.	Achseln:	k.B.	Ellenbogen:	k.B.
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	k.B.	Brust:	k.B.
Bauchnabel:	k.B.	Hüften:	k.B.	Gluteal / Sakral	k.B.
Analgegend:	k.B.	Leistenbereich:	k.B.	Intimbereich:	k.B.
Fuß/Ferse/Fußnägel:	k.B.	Zehenzwischenräume:	k.B.	Hautzustand:	k.B.
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.	ggf. Ödeme:	t.n.z.
Wunden:	t.n.z.	Orientierung:	Vollständig orientiert.	Schmerzen:	Keine Schmerzen.
DK:	t.n.z.	IKM:			
Atmosphäre:	Sehr wohnlich und persönlich eingerichtete Wohnung.	Bett (auch: höhenverstellbar)	k.B.	Wandschmuck/Bilder	
Sauberkeit Zimmer / Nachtsiche / Hilfsmittel	Die hauswirtschaftlichen Leistungen werden zur vollständigen Zufriedenheit der Patientin erbracht.	Gerüche:	Keine.	Kleidung:	
Nasszelle / WC:		Mobiliar:	k.B.		
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):		Essen:			
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten:		Pflegerische Versorgung:		Ich bin ganz arg zufrieden.	
Medizinische Versorgung:		Therapeutische Anwendungen:			
Sollte etwas verbessert werden?	Kein Vorschlag - "eigentlich nichts zu verbessern".	Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:		Angemessen, zugewandt.	
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?					
Gesamteindruck / Bewertung:	Die Patientin wird ihren Bedürfnissen entsprechend versorgt und ist sehr zufrieden mit den Leistungen des Pflegedienstes. Insgesamt kommen fünf Mitarbeiter zu ihr, die sich im Urlaub oder an freien Tagen gegenseitig vertreten.	+ / -			

4.2.3 Patient 3

Datum:	19.3.2015	Geb.Datum:	
Name, Vorname:		Bereich / Abteilung:	
Betreuung:	Bevollmächtigter - Angehöriger	Pflegestufe:	1
Derzeitige Situation:	Leistung: zweimal wöchentlich große Toilette. Ist selbstständig und möchte nicht sehr viel in Anspruch nehmen. Bewegungseinschränkungen durch rheumatische Veränderungen der Gelenke (Arthritis / Arthrose mit Hüft- und Knie-TEP links). Orientiert, selbstbestimmt. Nimmt ihre Medikamente selbstständig ein, injiziert sich das Insulin selbst und kontrolliert ihren Blutzuckerspiegel. Hat einen Notruf zu Hause. Bezieht "Essen auf Rädern" durch Welzheim.		
Medizinische Diagnosen:	Niereninsuffizienz, Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2 - insulinpflichtig, Hyperthyreose, Mitralinsuffizienz.		
Aktueller Zustand / Umfeld:			
Haare:		Ohren:	
Lippen:		Zähne:	
Zunge:		Achseln:	
Finger / Fingernägel		Schulterblätter:	
Bauchnabel:		Hüften:	
Analgegend:		Leistenbereich:	
Fuß/Ferse/Fußnägel:		Zehenzwischenräume:	
Ernährungszustand:		PEG/Sondennahrung:	
Wunden:		Orientierung:	Vollständig orientiert.
DK:		IKM:	
Atmosphäre:		Bett (auch: höhenverstellbar)	
Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel		Gerüche:	
Nasszelle / WC:		Mobiliar:	
Zufriedenheit:			
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):		Essen:	
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):		Pflegerische Versorgung:	Sehr zufrieden.
Medizinische Versorgung:		Therapeutische Anwendungen:	
Sollte etwas verbessert werden?		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	
Bewertung:			
Sollte etwas verbessert werden?			
Gesamteindruck / Bewertung:	Die Patientin wird ihren Bedürfnissen entsprechend gut versorgt und ist sehr zufrieden.	+ / -	

4.2.4 Patient 4

Datum:	20.03.2015		Geb.Datum:		
Name, Vorname:			Bereich / Abteilung:		
Betreuung:			Pflegestufe:		
Derzeitige Situation:	Leistungskomplex: Thrombosestrümpfe anziehen und ausziehen.				
Medizinische Diagnosen:	Glaukom rechts., links künstliche Linse				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:	iO	Augen:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	iO	Zahnfleisch:	iO
Zunge:	iO	Achseln:	iO	Ellenbogen:	iO
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	iO	Brust:	iO
Bauchnabel:	iO	Hüften:	iO	Gluteal / Sakral	iO
Analgegend:	iO	Leistenbereich:	iO	Intimbereich:	iO
Fuß/Ferse/Fußnägel:	iO	Zehenzwischenräume:	iO	Hautzustand:	iO
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.	ggf. Ödeme:	iO
Wunden:	t.n.z.	Orientierung:	iO	Schmerzen:	Mäßig, selbständige Einnahme.
DK:	t.n.z.	IKM:	t.n.z.		
Atmosphäre:	k.B.	Bett (auch: höhenverstellbar)	k.B.	Wandschmuck/Bilder	k.B.
Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel	k.B.	Gerüche:	Keine.	Kleidung:	k.B.
Nasszelle / WC:	k.B.	Möbiliar:	k.B.		
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):			Essen:		
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):			Pflegerische Versorgung:		
Medizinische Versorgung:			Therapeutische Anwendungen:		
Sollte etwas verbessert werden?			Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:		
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?	Patientin nutzt wenig Angebote des PDWE; da sie in der Mobilität eingeschränkt ist				
Gesamteindruck / Bewertung:	Durchgängig kontinuierliches Personal - die Patientin wird dem Auftrag gemäß umfassend versorgt.		+ / -		

4.2.5 Patient 5

Datum:	20.03.2015		Geb.Datum:		
Name, Vorname:			Bereich / Abteilung:		
Betreuung:			Pflegestufe:	1	
Derzeitige Situation:	Frühstück, Medikamente, Antithrombosestrümpfe an- und ausziehen				
Medizinische Diagnosen:	Chronisch venöse Insuffizienz, Diabetiker.				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:	iO	Augen:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	iO	Zahnfleisch:	iO
Zunge:	iO	Achseln:	iO	Ellenbogen:	iO
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	iO	Brust:	iO
Bauchnabel:	iO	Hüften:	iO	Gluteal / Sakral	iO
Analgegend:	iO	Leistenbereich:	iO	Intimbereich:	iO
Fuß/Ferse/Fußnägel:	iO	Zehenzwischenräume:	iO	Hautzustand:	iO
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.	ggf. Ödeme:	iO
Wunden:	t.n.z.	Orientierung:	Eingeschränkt.	Schmerzen:	t.n.z.
DK:	t.n.z.	IKM:	Pants.		
Atmosphäre:	k.B.	Bett (auch: höhenverstellbar)	k.B.	Wandschmuck/Bilder	k.B.
Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel	k.B.	Gerüche:	Keine.	Kleidung:	k.B.
Nasszelle / WC:	k.B.	Mobiliar:	k.B.		
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):			Essen:		
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):			Pflegerische Versorgung:		
Medizinische Versorgung:			Therapeutische Anwendungen:		
Sollte etwas verbessert werden?	Keine Verbesserung möglich, gute Absprachen.		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Zugewandt, angemessen.	
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?					
Gesamteindruck / Bewertung:	Patient wird sehr gut versorgt		+ / -		

4.2.6 Patient 6

Datum:	20.03.2015		Geb.Datum:		
Name, Vorname:			Bereich / Abteilung:		
Betreuung:			Pflegestufe:	2	
Derzeitige Situation:	Morgens und abends Hilfe bei Ausscheidung, Unterstützung bei der Körperpflege teilweise: Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, 3 mal täglich Insulingabe und Blutzuckerkontrolle, Medikamentengabe zweimal täglich.				
Medizinische Diagnosen:	Diabetes mellitus, Hypertonie.				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:	iO	Augen:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	iO	Zahnfleisch:	iO
Zunge:	iO	Achseln:	iO	Ellenbogen:	iO
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	iO	Brust:	iO
Bauchnabel:	iO	Hüften:	iO	Gluteal / Sakral	iO
Analgegend:	iO	Leistenbereich:	iO	Intimbereich:	iO
Fuß/Ferse/Fußnägel:	iO	Zehenzwischenräume:	iO	Hautzustand:	iO
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.	ggf. Ödeme:	iO
Wunden:	t.n.z.	Orientierung:	t.n.z.	Schmerzen:	t.n.z.
DK:	t.n.z.	IKM:	Pants.		
Atmosphäre:	k.B.	Bett (auch: höhenverstellbar)	k.B.	Wandschmuck/Bilder	k.B.
Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel	k.B.	Gerüche:	Keine.	Kleidung:	k.B.
Nasszelle / WC:	k.B.	Möbiliar:	k.B.		
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Ja.		Essen:	Mahlzeiten richten ist genau beschrieben, Essen auf Rädern.	
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):	Ja.		Pflegerische Versorgung:		
Medizinische Versorgung:			Therapeutische Anwendungen:		
Sollte etwas verbessert werden?	Ist zufrieden, keine Verbesserung.		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:		
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?					
Gesamteindruck / Bewertung:	Der Patient wird dem Auftrag gemäß sehr gut versorgt und ist mit den Leistungen zufrieden.		+ / -		

4.2.7 Patient 7

Datum:	20.03.2015			Geb.Datum:	
Name, Vorname:				Bereich / Abteilung:	
Betreuung:				Pflegestufe:	
Derzeitige Situation:	Antithrombosestrümpfe an- und ausziehen.				
Medizinische Diagnosen:	chronisch venöse Insuffizienz,				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:	iO	Augen:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	iO	Zahnfleisch:	iO
Zunge:	iO	Achseln:	iO	Ellenbogen:	iO
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	iO	Brust:	iO
Bauchnabel:	iO	Hüften:	iO	Gluteal / Sakral	iO
Analgegend:	iO	Leistenbereich:	iO	Intimbereich:	iO
Fuß/Ferse/Fußnägel:	iO	Zehenzwischenräume:	iO	Hautzustand:	iO
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.	ggf. Ödeme:	iO
Wunden:	t.n.z.	Orientierung:	iO	Schmerzen:	Vorhanden, Bedarfsmedikation angesetzt.
DK:	t.n.z.	IKM:	t.n.z.		
Atmosphäre:	k.B.	Bett (auch: höhenverstellbar)	k.B.	Wandschmuck/Bilder	k.B.
Sauberkeit Zimmer / Nachtsiche / Hilfsmittel	k.B.	Gerüche:	Keine.	Kleidung:	k.B.
Nasszelle / WC:	k.B.	Möbiliar:	k.B.		
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):			Essen:		
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):			Pflegerische Versorgung:		
Medizinische Versorgung:			Therapeutische Anwendungen:		
Sollte etwas verbessert werden?	Wartet bis jemand kommt. Patient war vor einiger Zeit unzufrieden - da wurden die Beine noch gewickelt, es ist ständig anderes Personal gekommen und es wurde unterschiedlich gewickelt, so dass das Ulcus am Bein auch nicht verheilt ist - jetzt mit den Strümpfen ist alles i.O.		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Angemessen, zugewandt.	
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?	Mitarbeiter kommen nicht im festgelegten Zeitrahmen, aus Sicht des Patienten. - E: Ggf. sollte geklärt werden, ob der Patient später als 8.00 Uhr versorgt werden könnte. Ständiger Personalwechsel führte nicht zu einer kontinuierlichen Versorgung des Ulcus und hat deren Heilung nach Einschätzung des Patienten behindert. E: Die Einrichtung sollte klären, ob es einheitliche Standards beim Anlegen von Kompressionsverbänden gibt, obwohl aufgrund des Einsatzes von Kompressionsstrümpfen der Ulcus inzwischen abgeheilt ist.				
Gesamteindruck / Bewertung:	Der Patient ist nicht durchgängig mit der pflegerischen Versorgung zufrieden. Aus pflegerischer Sicht wird der Patient angemessen versorgt.		+ / -		

4.2.8 Patient 8

Datum:	20.03.2015			Geb.Datum:	
Name, Vorname:				Bereich / Abteilung:	
Betreuung:	Tochter Vollmacht			Pflegestufe:	2
Derzeitige Situation:	Zustand nach Apoplex, rollstuhlmobil, liegt viel auf dem Bett. 1x wöchentlich Duschen. Medikamentengabe täglich.				
Medizinische Diagnosen:	Apoplex, Epilepsie medikamentös gut eingestellt.				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:	iO	Augen:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	iO	Zahnfleisch:	iO
Zunge:	iO	Achseln:		Ellenbogen:	
Finger / Fingernägel	Müssen geschnitten werden.	Schulterblätter:		Brust:	
Bauchnabel:		Hüften:		Gluteal / Sakral	
Analgegend:		Leistenbereich:		Intimbereich:	
Fuß/Ferse/Fußnägel:		Zehenzwischenräume:		Hautzustand:	
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.	ggf. Ödeme:	t.n.z.
Wunden:	t.n.z.	Orientierung:	Kognitiv leicht eingeschränkt.	Schmerzen:	Keine, nach eigenen Angaben.
DK:	t.n.z.	IKM:	iO		
Atmosphäre:	iO	Bett (auch: höhenverstellbar)		Wandschmuck/Bilder	iO
Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel	iO	Gerüche:	iO	Kleidung:	iO
Nasszelle / WC:		Mobiliar:	iO		
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Lebt mit der Schwester zusammen in der Wohnung. Hält sich in der Wohnung auf.		Essen:	Im Rahmen einer 24-Std.-Versorgung.	
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):	Katholisch , Pfarrer kommt zu Besuch.		Pflegerische Versorgung:		
Medizinische Versorgung:	Medikamentengabe.		Therapeutische Anwendungen:	Keine.	
Sollte etwas verbessert werden?	Die Versorgung ist gut. Der Pfleger kommt überwiegend zur Versorgung.		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:		
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?	Medikation morgens: 1 Tablette fehlte. Medikamentenabstimmung. Fingernägel müssen geschnitten werden.				
Gesamteindruck / Bewertung:	Gut, Medikation muss abgestimmt werden. Patientin ist sehr zufrieden.		+ / -		

4.2.9 Patient 9

Datum:	20.03.2015		Geb.Datum:	
Name, Vorname:			Bereich / Abteilung:	
Betreuung:			Pflegestufe:	0
Derzeitige Situation:	Rollatormobil, stark verlangsamt. Alle 2 Tage duschen. Kommen um 10.30 h zum duschen. Bis vor einem Vierteljahr noch selbständig. Hilfe im Haushalt. Mutter wurde bereits betreut. Freund kommt 1x wöchentlich. Anstehende Reha.			
Medizinische Diagnosen:	Verdacht auf progressive subpranukleare Paralyse.			
Aktueller Zustand / Umfeld:				
Haare:	iO	Ohren:		Augen:
Lippen:	iO	Zähne:		Zahnfleisch:
Zunge:	iO	Achseln:		Ellenbogen:
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:		Brust:
Bauchnabel:		Hüften:		Gluteal / Sakral
Analgegend:		Leistenbereich:		Intimbereich:
Fuß/Ferse/Fußnägel:		Zehenzwischenräume:		Hautzustand:
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:		ggf. Ödeme:
Wunden:		Orientierung:		Schmerzen:
DK:	t.n.z.	IKM:		
Atmosphäre:	iO	Bett (auch: höhenverstellbar)		Wandschmuck/Bilder
Sauberkeit Zimmer / Nachtsiche / Hilfsmittel	iO	Gerüche:	iO	Kleidung:
Nasszelle / WC:	iO	Mobilgar:	iO	
Zufriedenheit:				
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Selbständig.		Essen:	Essen auf Rädern.
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):	t.n.z.		Pflegerische Versorgung:	Alle 2 Tage duschen. Hauswirtschaftliches Hilfsangebot. Einkäufe.
Medizinische Versorgung:	1x Monatlich.		Therapeutische Anwendungen:	
Sollte etwas verbessert werden?	Versorgung ist gut. Am Wochenende auch andere Mitarbeiter. Pflege und EH's.		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	
Bewertung:				
Sollte etwas verbessert werden?	Pflegestufenmanagement. Pflegestufe zu erwirken.			
Gesamteindruck / Bewertung:	Patient ist sehr zufrieden.		+ / -	

4.2.10 Patient 10

Datum:	20.03.2015			Geb.Datum:	
Name, Vorname:				Bereich / Abteilung:	
Betreuung:	Keine			Pflegestufe:	0
Derzeitige Situation:	Eigene Wohnung im Haus der Tochter. Betreuung und pflegerische Versorgung durch die Tochter. Suprapubischer Dauerkatheter, Versorgung 1x wöchentlich Verbandswechsel.				
Medizinische Diagnosen:	Prostathyperlasie, Herzinsuffizienz, Hüft- und Kniegelenksarthrose, zerebrale Durchblutungsstörungen.				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:		Augen:	
Lippen:		Zähne:		Zahnfleisch:	
Zunge:		Achseln:		Ellenbogen:	
Finger / Fingernägel		Schulterblätter:		Brust:	
Bauchnabel:		Hüften:		Gluteal / Sakral	
Analgegend:		Leistenbereich:		Intimbereich:	
Fuß/Ferse/Fußnägel:		Zehenzwischenräume:		Hautzustand:	
Ernährungszustand:		PEG/Sondennahrung:		ggf. Ödeme:	
Wunden:		Orientierung:		Schmerzen:	
DK:	iO	IKM:	Keine		
Atmosphäre:	iO	Bett (auch: höhenverstellbar)		Wandschmuck/Bilder	
Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel	iO	Gerüche:	iO	Kleidung:	
Nasszelle / WC:		Mobiliar:	iO		
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):			Essen:	Tochter kocht und macht Frühstück und Abendessen.	
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):	Spielt keine Rolle.		Pflegerische Versorgung:		
Medizinische Versorgung:	bei Bedarf mit Tochter in Arztpraxis.		Therapeutische Anwendungen:	Keine.	
Sollte etwas verbessert werden?	Ab und zu mal andere. Bis jetzt ist alles gut. Freundlich.		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Tochter freundlich, zugewandt.	
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?					
Gesamteindruck / Bewertung:	Patient ist sehr zufrieden.		+ / -		

4.3 Überprüfung der Dokumentation

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

	Stammblatt	Anamnese / Biografiearbeit*	Pflegeplanung	Pflegeplanung innerhalb der vorgegebenen Frist erstellt?*	Pflegebericht	Leistungsnachweis / -dokumentation*	Dekubitusrisikokala /-einschätzung*	Lagerungsprotokoll*	Betreuungsplanung und -nachweis	Wundprotokoll / -dokumentation*	Ernährungs- / Trinkprotokoll*	Sturzrisiko*	Förderung der Harnkontinenz*	Vitalzeichenkontrollblatt	Ärztliches Verordnungsblatt / Visitenprotokoll	Schmerzdokumentation	Medikamentenplan	Therapiedokumentation / Aktivierungsbogen	Seelsorge (Durchführungsnachweis / Dokumentation)*	Spirituelle Bedürfnisse des BW / Pat. dokumentiert (Anamnese)*	Überleitungsbogen	Leerstelle (zusätzliche Formulare KH / RK)	Ärztliches Verlaufsblatt	Therapeutisches Verlaufsblatt	Befunddokumentation	Vollständigkeit* / Anwendung*	Bewertung der Vollständigkeit und Schriftführung in Schulnoten
1.	2	2	2	0	2	2	2	2		2																2	1,5
	<p>Zustand bei Aufnahme (seit 2012): Bettlägerig - immobil - Zustand nach Krankenhausaufenthalt - Sturz mit Femurfraktur. Wurde gelagert und hatte einen Dekubitus 3° am Steiß - dokumentiert durch Fotos. Behandlung durch das "Reha-Team". Muttersprache Ungarisch, daher Verständigung schwierig. Luftnötig bei flacher Lagerung. Pflegerische Versorgung durch die Angehörigen - seit ca. 3 Jahren pflegt eine 24-Stunden-Kraft. Ansprechbar - nicht erkennbar, ob die Patientin orientiert ist. Beratungen fanden statt - beispielsweise zur Kontrakturgefahr oder Gürtelrose. Leistung: Verbandswechsel 3x wöchentlich. Unterstützung durch das Reha-Team. Abstriche von der Wunde existieren nicht. Eine Antidekubitusmatratze wurde ins Pflegebett eingezogen.</p> <p>Schlüsselergebnisse: Keine.</p> <p>Gegenwärtiger Zustand: Heute war die Wunde abgeheilt, das heißt, es war eine leichte Hautschicht über dem Hautdefekt. Im November letzten Jahres wurden die Verbandsmittel umgestellt.</p> <p>Ausblick: Der Hautdefekt soll abgeheilt bleiben.</p> <p>Bewertung: Zustand und Verlauf werden ausführlich beschrieben. Alle Fragen konnten beantwortet werden.</p>																								1,5		
2.	Keine Prüfung der Dokumentation.																										
3.	Keine Prüfung der Dokumentation.																								1,0		
	Keine Prüfung der Dokumentation.																								1,0		

	Stammblatt	Anamnese / Biografiearbeit*	Pflegeplanung	Pflegeplanung innerhalb der vorgegebenen Frist erstellt?*	Pflegebericht	Leistungsnachweis / -dokumentation*	Dekubitusrisikoskala /-einschätzung*	Lagerungsprotokoll*	Betreuungsplanung und -nachweis	Wundprotokoll / -dokumentation*	Ernährungs- / Trinkprotokoll*	Sturzrisiko*	Förderung der Harnkontinenz*	Vitalzeichenkontrollblatt	Ärztliches Verordnungsblatt / Visitenprotokoll	Schmerzdokumentation	Medikamentenplan	Therapiedokumentation / Aktivierungsbogen	Seelsorge (Durchführungsnachweis / Dokumentation)*	Spirituelle Bedürfnisse des BW / Pat. dokumentiert (Anamnese)*	Überleitungsbogen	Leerstelle (zusätzliche Formulare KH / RK)	Ärztliches Verlaufsblatt	Therapeutisches Verlaufsblatt	Befunddokumentation	Vollständigkeit* / Anwendung*	Bewertung der Vollständigkeit und Schriftführung in Schulnoten	
4.																												
	Keine Prüfung der Dokumentation.																											
5.	2	2	2	2	2	2								2	2		2			2	2						1	2,0
	<p>Zustand bei Aufnahme (seit 2013): Diabetikerin, tablettspflichtig, chronisch venöse Insuffizienz; konnte die Medikamente nicht selbstständig einnehmen; Antithrombosestrümpfe, Heparininjektion; Hörgeräte, Essen und Trinken, Toilettengang selbstständig. Pflegestufe 1. Betreuung durch die Angehörige. Eingeschränkte Orientierung (zur Situation). 7x wöchentlich Antithrombosestrümpfe, Medikamentengabe und Essen richten. Sturzgefährdet - Teppiche erhöhen die Sturzgefahr - Beratung hat stattgefunden.</p> <p>Schlüsselergebnisse: "Schleichende" Vergesslichkeit. Höreinschränkung - Blickkontakt halten, langsam und deutlich sprechen, laut sprechen.</p> <p>Gegenwärtiger Zustand: Zunehmender Unterstützungsbedarf. Trägt zur Sicherheit Inkontinenzvorlagen.</p> <p>Ausblick: Patientin scheint sich zu Hause wohl zu fühlen. Zustand soll stabil gehalten werden, wenn möglich.</p> <p>Bewertung: Der Umgang bezüglich der Höreinschränkung ist nicht in der Pflegeplanung dokumentiert. Die Inkontinenz war ebenso nicht erfasst.</p>																									1,0		
6.	2	2	2	0	2	2	2							2						2							1	1,5
	<p>Zustand bei Aufnahme (seit 04/2008): Konnte sich nicht mehr selbst versorgen bzw. benötigte Unterstützung (Insulininjektionen hat er häufiger vergessen). Teilweise orientiert.</p> <p>Schlüsselergebnisse: Sukzessive Verschlechterung der kognitiven Leistungen; Hund ist gestorben - seitdem "verkümmert" er, weil er nicht mehr regelmäßig ausgeht - lethargisch. Selbstpflegedefizit nahm zu. Zunehmende Gangunsicherheit.</p> <p>Gegenwärtiger Zustand: Derzeit totale Inkontinenz - Intertrigoprophyllaxe, sturzgefährdet, inkontinent (abhängig kompensierte Inkontinenz); muss bei der Ernährung unterstützt werden (Essenszubereitung durch den Pflegedienst - zweimal täglich); teilweise lehnte er pflegerische Unterstützung ab; Soziale Situation: eine Betreuerin; tendenziell gewöhnt, für sich selbst zu sein (-> Biografische Daten). Blutzucker stabil. Teilweise vollständig orientiert - zeitweise keine zeitliche Orientierung.</p> <p>Ausblick: Ständig sich verschlechternder Allgemeinzustand. Rückzug aus dem öffentlichen Leben, fühlt sich aber auch wohl, wenn er alleine vor dem Haus auf der Bank mit seiner Katze sitzt.</p> <p>Bewertung: Die erste Anamnese wurde 2010 erstellt - vorher gehörte die Erstellung von Anamnesen nicht zur Routine. Die erste Pflegeplanung ist vom Frühjahr 2009. Der erste Pflegebericht ist aussagekräftig.</p>																									1,5		

	Stammblatt	Anamnese / Biografiearbeit*	Pflegeplanung	Pflegeplanung innerhalb der vorgegebenen Frist erstellt?*	Pflegebericht	Leistungsnachweis / -dokumentation*	Dekubitusrisikoskala /-einschätzung*	Lagerungsprotokoll*	Betreuungsplanung und -nachweis	Wundprotokoll / -dokumentation*	Ernährungs- / Trinkprotokoll*	Sturzrisiko*	Förderung der Harnkontinenz*	Vitalzeichenkontrollblatt	Ärztliches Verordnungsblatt / Visitenprotokoll	Schmerzdokumentation	Medikamentenplan	Therapiedokumentation / Aktivierungsbogen	Seelsorge (Durchführungsnachweis / Dokumentation)*	Spirituelle Bedürfnisse des BW / Pat. dokumentiert (Anamnese)*	Überleitungsbogen	Leerstelle (zusätzliche Formulare KH / RK)	Ärztliches Verlaufsblatt	Therapeutisches Verlaufsblatt	Befunddokumentation	Vollständigkeit* / Anwendung*	Bewertung der Vollständigkeit und Schriftführung in Schulnoten	
7.																												
	Keine Prüfung der Dokumentation.																											
8.	2	2	2	k.B.	2	2	2				2	2	2	2	2		2			2	2						2	1,5
	<p>Zustand bei Aufnahme (seit 2003): Mit schlecht heilender Wunde (Versensporn rechts vom Pflegedienst versorgt worden. Mehrfache Neuaufnahme mit unterschiedlichen Problemen - Epileptikerin mit häufigen Stürzen und motorischen Einschränkungen. Unterstützung bei der Körperpflege.</p> <p>Schlüsselergebnisse: Schlaganfall 2013, Krankenhausaufenthalt; Dekubitus 3° am Steiß. Hemiparese. Verlust der Mobilität.</p> <p>Gegenwärtiger Zustand: Medikamentöse Einstellung bezüglich der Epilepsie gut - keine Anfälle mehr. Wunden sind abgeheilt. Sitzt im Rollstuhl und wird mittels einer 24-Stunden-Hilfe grundpflegerisch versorgt. Leistungen: 7 x wöchentlich Medikamentengabe, 1x wöchentlich duschen. Schmerzmedikament bei Bedarf.</p> <p>Ausblick: Der jetzige Zustand soll erhalten bleiben. Leicht eingeschränkte Orientierung.</p> <p>Bewertung: Freiheitsentziehende Maßnahmen (Bettgitter auf einer Seite): Unterschrieben von der Patientin vom Mai/2013.</p>																									1,5		
9.	2																											
	Keine Prüfung der Dokumentation.																											
10.																												
	Keine Prüfung der Dokumentation.																											

5 Zusammenfassung

Die Einrichtungsleitungen waren gut auf die Interne Revision vorbereitet, die in einer sehr angenehmen und kollegialen Atmosphäre stattfand.

Die Regionalbüros waren nach Ansicht der Auditoren gut zu finden und entsprachen einem repräsentablen Standard: sie waren aufgeräumt, ordentlich und funktional. Für den Fall der Versorgung von infizierten Patienten stehen notwendige Materialien einer persönlichen Schutzausrüstung bereit. Haarhauben und Schutzbrillen sollten für den Fall, dass Keime mittels Tröpfcheninfektion übertragen werden können, ergänzend bereitgestellt werden **(siehe Kapitel 4.1 und 4.2)**.

Am Qualitätsmanagementhandbuch wurde gearbeitet: Regelungen wurden zusammengeführt und Inhalte aus bewährten Regelungen anderer Einrichtungen des Diakoniewerkes Bethel übernommen. Viele Verfahrensanweisungen nehmen die Kriterien der Anforderungen des Bundesrahmenhandbuches Diakonie-Siegel-Pflege auf und führen sie inhaltlich verständlich aus. Hierzu zählen beispielsweise die Einarbeitungskataloge für Pflegefachkräfte (PFK), Ergänzende Hilfen (EH), Nachbarschaftshilfen (NBH), die Verfahrensanweisung zur Ausbildung sowie deren mitgeltende Dokumente, die der Hygiene oder zum Pflegekonzept.

Die Beschreibung der Prozesse könnte jedoch bezüglich der Gliederung innerhalb einiger Regelungen - die Struktur, die Prozesse und Ergebnis betreffend, der Zielfestlegung, der Chronologie des beschriebenen Ablaufes, der Aussagen zu einzelnen Prozessschritten - noch zugespitzt werden.

Ebenso müssen Konventionen des Diakoniewerkes beachtet und Benennung und Gliederung der Regelungen im Qualitätsmanagementhandbuch denen des Bundesrahmenhandbuches entsprechen.

Nach Fertigstellung und vor Freigabe der Regelungen sollten diese lektoriert bzw. redaktionell überarbeitet werden mit dem Ziel, das Handbuch „aus einem Guss“ erscheinen zu lassen. Erläuterungen zum Sinn der einzelnen Regelungen können zugunsten der Fokussierung auf den entsprechenden Prozess entfallen. Quellenangaben - insbesondere bei fachlichen Vorgaben – müssen immer nach dem Muster der Bethelkonvention erfolgen. Der Nati-

onale Expertenstandard zum Schmerzmanagement in der Pflege muss gemäß den Kriterien der Originalvorlage präzisiert werden (**siehe Kapitel 3**).

Während der Befragung der Anwesenden zeichnete sich ab, dass deren Beschreibungen der Prozesse häufig besser sind, als die in den dazugehörigen Regelungen – Beschreibungen und Regelungen müssen in Einklang gebracht werden.

Das diakonische Profil wird fast umfassend umgesetzt. Verbesserungspotential wurde nur hinsichtlich der Übergabe des neuen Testaments an neue Mitarbeiter und bei der Bestückung aller Bibeln mit Einlegeblättern bzw. Referenzen zu situationsbezogenen Bibelstellen festgestellt.

Die systematischen Erfolgskontrollen wichtiger Prozesse, wie beispielsweise des Versorgungsprozesses durch die Pflege- und Hygienevisiten, des Arbeitsschutzes durch Auswertung der Verbandsbücher oder durch Gefährdungsbeurteilungen, des Fortbildungsmanagements durch Nachhalten der Beteiligung der Mitarbeiter durch Pflichtfortbildungen, konnten belegt werden.

Das Fortbildungsbudget wird im Zusammenhang mit der Haushaltsplanung und dem festgestellten Fort- und Weiterbildungsbedarf erstellt. Der Referenzwert des Weiterbildungsquotienten wurde auf 1% festgelegt.

Verbesserungspotentiale bestehen bei der jährlichen Zielplanung. Diese werden auf Einrichtungs- und Abteilungsebene festgelegt. Es konnte jedoch nicht dargestellt werden, wie diese auf Mitarbeiterebene heruntergebrochen werden können, da Mitarbeitergespräche mit Zielfestlegung im Turnus von zwei Jahren abgehalten werden.

Weitere Verbesserungspotentiale bestehen beim Fehlermanagement: Der Prozess muss beschrieben werden, die Ursachenermittlung muss deutlich werden. Ebenso müssen Zeitrahmen und Ablauf beim Beschwerdemanagement geklärt werden.

Beim Umgang mit Notfällen konnte nicht deutlich dargelegt werden, wie in welchen Situationen zu handeln ist – die entsprechende Regelung bleibt diesbezüglich unklar. Darüber hinaus müssen Notfälle systematisch ausgewertet werden.

Nicht alle Blutzuckergerätekontrollen werden dokumentiert, so dass wöchentliche Kontrollen in einem Fall nicht belegt werden konnten (**siehe Kapitel 3 und 4.1**).

Fast alle besuchten Patienten waren uneingeschränkt zufrieden mit ihrer Versorgung und die pflegerischen Maßnahmen waren angemessen. In einem Fall muss jedoch noch geklärt werden, ob die Fingernagelpflege Teil des ausgeführten Leistungspakets ist.

Die Äußerungen eines Patienten ließen auf eine ungeklärte Beschwerde schließen, deren Ursache in der Vergangenheit lag – hier: je nach Mitarbeiter unterschiedlich gut angelegte Kompressionsverbände – und durch den Wechsel des Hilfsmittels inzwischen gelöst wurde (**siehe Kapitel 4.2**).

Die Bezugspflegekräfte haben die Krankheitsverläufe der von ihnen versorgten Patienten kompetent dargestellt - alle Fragen der Auditoren konnten beantwortet werden. Dabei fanden sich die Mitarbeiter gut und schnell in ihrer Dokumentation zurecht. Gesehene Verlaufsberichte waren aussagekräftig.

Kognitive Aspekte - hier: die Höreinschränkung eines visitierten Patienten - oder Themen der Nationalen Expertenstandards, wie bspw. die Inkontinenz, müssen bei der Planung beachtet werden (**siehe Kapitel 4.3**).

Das insgesamt sehr gute Ergebnis spiegelt sich in folgenden Einzelbenotungen wider:

UB/AF	Vor-Ort-Prüftermine	Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung (DS: nur Orientierung)			Ordnung, Sauberkeit, Hygiene			Konzepte und Standards			Pflegerisches / ärztliches / therapeutisches Management			Ergebnisqualität: (Pflege-)Zustand der BW / Pat.			Ergebnisqualität: Dokumentation			Durchschnitt (Pflegezustand doppelt gewichtet)		
		13	14	15	13	14	15	13	14	15	13	14	15	13	14	15	13	14	15	13	14	15
PDWE	19.3.-20.3.2015	1	1	1	2	2	1	2-3	2-3	2	2-3	2-3	1-2	1	1	1	1-2	1-2	1-2	1,6	1,6	1,3

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

Wie üblich, wird der Maßnahmenplan im bestehenden GroupWise-Ordner eingestellt, auf den Herr Dietel Leserecht erhält.

Berlin, 30.04.2015

Andreas Dietel

Anhang

Anhang 1 – Interne Revision in Medizin und Pflege, Pflegedienst Bethel

Welzheim, 19.03. – 20.03.2015 _____ 52

Anhang 1 – Interne Revision in Medizin und Pflege, Pflegedienst Bethel Welzheim, 19.03. – 20.03.2015

<p>Allgemeines:</p>	<p>Auditoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frau Gottschalk, PDOE - Frau Möller, SZOE - Herr Dietel, SMG <p>Gesprächspartner: (Haupt-) Geschäftsführer und Vertretungen, zusätzliche Gesprächspartner nach Absprache (siehe unten).</p> <p>Dauer der Revision: 9.00 – 17.00 Uhr</p> <p>Medien / Vorbereitung: Bitte ein am Netzwerk angeschlossenes Laptop und einen Beamer im Besprechungsraum aufstellen. Das QM-Handbuch muss über Beamer und Laptop während der gesamten Zeit eingesehen werden können. Ggf. muss auch der Einblick in bereits archivierte Unterlagen ermöglicht werden (z.B. Pflegevisiten- / Fallbesprechungsprotokolle, Auditprotokolle).</p> <p>Alle Auditoren werden im Verlauf der Internen Revision Bewohner besuchen. Die sechs bis zehn Patienten werden am Morgen als Zufallsstichprobe ausgewählt (bspw. mit FeM, Risikofaktoren, Soziale Betreuung, Betreuung nach §87b, Veränderungen seit Übernahme der Pflege – Anpassung der Planungen und Maßnahmen).</p>
<p>1. Tag:</p>	<p>Darstellung der Einrichtung anhand der ausgewählten Kriterien des Prüfkataloges / Nachweisdokumente / Dokumentationsvisiten</p> <p>9.00 – 9.05 Uhr Auswahl der Stichprobe aus der Gesamtanzahl der Bewohner (→ Einverständniserklärungen)</p> <p>9.05 – 9.20 Uhr Gesetzliche Rahmenbedingungen / Aktuelle Themen Unterlagen: Managementbewertung etc. Gesprächspartner: HG / GF / PDL / stv. PDL / QMB sowie ggf. weitere Gesprächspartner, die die Einrichtung auswählt. Bitte tragen Sie die Namen der Mitarbeiter und deren Funktion ein, ergänzen ggf. Personen, die Sie gerne bei einem Thema einschließen möchten und geben Sie uns den Plan zum Morgen des ersten Tages zurück bzw. übersenden die Datei an Herrn Dietel.</p> <p>9.20 – 11.25 Uhr Schwerpunktthemen 2015 – Diakonisches Profil inklusive Begehung der Einrichtung zum Diakonischen Profil (ca. 30 Minuten zum Ende dieses Blocks). Unterlagen / Medien: QM-Handbuch im Intranet, Flyer, Protokolle etc. Schwerpunkte: Allgemeines, Kooperationen mit Gemeinden und Hospiz, (anonymes) Beratungsangebot für Patienten, Angehörige und Mitarbeiter, Fortbildungsprogramm, Sonstige Angebote für Patienten, Angehörige und Mitarbeiter, Konzepte und VA zur Begleitung und Versorgung Sterbender. Gesprächspartner: HG, PDL, QB, ggf. Seelsorgehelfer, ggf. Hospizmitarbeiter, sowie ggf. weitere Gesprächspartner.</p> <p>11.35 – 12.30 Uhr Weitere Schwerpunktthemen 2015 Unterlagen / Medien: QM-Handbuch im Intranet, Flyer, Protokolle etc. Schwerpunkte: Fort- und Weiterbildungsmanagement (Zusammenarbeit mit den Ausbildungsstätten: Vermittlung der Nationalen Expertenstandards, Pflegeprozess), Umgang mit Ergebnissen der Mitarbeiterbefragungen, Fehlermanagement / Beschwerdemanagement, Projekt Springerpool, Entbürokratisierung der Pflegedokumentation, Zentrale Werbeaktion (Wirkungen, Rückmeldungen, Kommunikation) Gesprächspartner: HG, PDL, QB, Fortbildungsbeauftragter, Praxisanleiter, Auszu-</p>

	<p>bildender sowie ggf. weitere Gesprächspartner.</p> <p>12.30 – 13.15 Uhr Mittagspause</p> <p>13.20 – 14.20 Uhr Risikomanagement Unterlagen / Medien: Intranet, Risikoerfassung, Expertenstandards (Erstgespräch / Aufnahme), Pflegevisiten – Integrationsvisite / Routinepflegevisite (Plan, Durchführung, Ergebnisse, Maßnahmendurchführung, Erfolgskontrolle) Schwerpunkte: Risikoerfassung, Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen (→ u.a. Expertenstandards), Auswertung der Daten, Präsentation. Gesprächspartner: HG, PDL, QB, Sicherheitsbeauftragte / Hygienebeauftragte, ggf. Experten zum Sturz, zur Ernährung, zum Dekubitus, zu chronischen Wunden, zur Inkontinenz, Demenz etc.</p> <p>14.25 – 15.25 Uhr Sicherheit Unterlagen / Medien: MCC, Intranet, Protokolle / papiergestützte Dokumentation. Schwerpunkte: Audits (Fehlermanagement, Wartung- und Kontrolle, Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen, Hygienemanagement, Arbeitsschutz: Plan, Durchführung, Ergebnisse, Maßnahmendurchführung, Erfolgskontrolle) Gesprächspartner: HG, PDL, QB, Sicherheitsbeauftragte / Hygienebeauftragte</p> <p>15.30 – 16.25 Uhr Dokumentationsvisite - Durchsicht stichprobenartig ausgewählter Patientenakten Schwerpunkte: Dekubitusmanagement, Schmerzmanagement, Ernährungsmanagement, Kontinenz, Sturzmanagement, Wundmanagement, FeM, Betreuungsleistungen, Aussagekraft der Verlaufsberichte – Zusammenarbeit der Berufsgruppen, Medikamentenmanagement, Prospektive Festlegung von Dokumentationsintervallen Gesprächspartner: Ergibt sich nach Bedarf</p> <p>16.30 – 16.45 Uhr Auditorenzeit: Abstimmung / Durchsicht von Nachweisen, des Maßnahmenplans mit stichprobenartiger Kontrolle der Umsetzungen der Empfehlungen / Hinweise des letzten Revisionsberichtes / des Zertifizierungsberichtes.</p> <p>16.50 – 17.00 Uhr Zwischenergebnis Tag 1</p>
<p>2. Tag</p>	<p>Inaugenscheinnahme ausgewählter Bewohner / Dokumentationsvisite / Nachweisdokumente / Begehungen</p> <p>9.00 – 9.15 Uhr Klärung von Fragen / Ausblick auf den Tag Gesprächspartner: - HG / GF / PDL / ggf. stv. PDL / QMB.</p> <p>9.20 – 12.00 Uhr Besuch und Inaugenscheinnahme ausgewählter Patienten (→ Einverständniserklärung)</p> <p>12.05 – 12.25 Uhr Auditorenzeit: Abstimmung / Durchsicht von Nachweisen usw.</p> <p>12.30 – 13.15 Uhr Mittagspause</p> <p>13.20 – 14.30 Uhr Fallbesprechung – Vorstellung der gesehenen Patienten</p>

Gesprächspartner:

- **Bezugspflegekräfte der gesehenen Patienten, HG / GF / PDL / ggf. stv. PDL / QMB.**

14.40 – 15.20 Uhr

Begehung der Standorte

15.30 – 16.15 Uhr

Auditorenzeit: Abstimmung / Durchsicht von Nachweisen, des Maßnahmenplans mit stichprobenartiger Kontrolle der Umsetzungen der Empfehlungen / Hinweise des letzten Revisionsberichtes / des Zertifizierungsberichtes.

16.20 – 16.30 Uhr

Abschlussbesprechung mit allen Teilnehmern und Interessierten / Rückmeldung an die Auditoren

A. Dietel, Referat Produkte