

**Scheve Management**  
**Geschäftsbereich Produkte**

***Pflegedienst Bethel Welzheim:***

**Interne Revision in Medizin und Pflege  
vom 21.02.-22.02.2018**

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

**Bericht im Auftrag des Gesellschafters**

Auditorengruppe:

Andreas Dietel, Cornelia Schröder, Henrike Zander



**NETZWERK FÜR MENSCHEN**  
**DIAKONIEWERK BETHEL**

# Inhalt

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG.....</b>	<b>1</b>
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
<b>2</b>	<b>ALLGEMEINE ANGABEN ZUR EINRICHTUNG.....</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>PRÜFKATALOG DIAKONIE-SIEGEL PFLEGE, VERSION 3.....</b>	<b>8</b>
3.1	MAßNAHMENPLAN.....	8
3.2	FÜHRUNGSPROZESSE .....	8
3.2.1	<i>Führung, Politik und Strategie.....</i>	8
3.2.2	<i>Personal.....</i>	9
3.2.3	<i>Qualitätsmanagementsystem.....</i>	10
3.2.4	<i>Sicherheit.....</i>	11
3.3	KERNPROZESSE .....	13
3.3.1	<i>Pflege.....</i>	13
3.3.2	<i>Beratung und Betreuung.....</i>	16
<b>4</b>	<b>BEGUTACHTUNGEN .....</b>	<b>17</b>
4.1	BEGUTACHTUNGEN VON WOHNBEREICHEN .....	17
4.1.1	<i>Büro Welzheim.....</i>	17
4.1.2	<i>Büro Urbach.....</i>	20
4.2	BEGUTACHTUNGEN VON BETREUTEN.....	23
4.2.1	<i>Patient 1.....</i>	23
4.2.2	<i>Patientin 2.....</i>	24
4.2.3	<i>Patientin 3.....</i>	25
4.2.4	<i>Patientin 4.....</i>	26

4.2.5	<i>Patientin 5</i> .....	27
4.2.6	<i>Patientin 6</i> .....	28
4.2.7	<i>Patient 7</i> .....	29
4.3	ÜBERPRÜFUNG DER DOKUMENTATION.....	30
<b>5</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG</b> .....	<b>32</b>
	<b>ANHANG 1</b> .....	<b>36</b>

## 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 Diakonie-Siegel Pflege (z.B. F 2.2.1) steht F für ‚Führungsprozess‘
FB	Fortbildung
FeM	Freiheitsentziehende Maßnahmen
GF	Geschäftsführer
gGmbH	Gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GHWL	Gebäude- und Hauswirtschaftsleitung
H	Hinweis – ‚muss‘ zur nächsten Revision umgesetzt sein bzw. nach Absprache auch eher
HA	Heimaufsicht des Landes
HG	Hauptgeschäftsführer
HZ	Handzeichen (-liste)
IKM	Inkontinenzmaterial
i.m-Injektion	Intramuskulär (in den Muskel) - Injektion
iO	In Ordnung
k.B.	Keine Bewertung
KHBE	Krankenhaus Bethel gGmbH
KIS	Krankenhausinformationssystem (wie z.B. MCC der Fa. Meierhofer, das im Diakoniewerk Bethel im Einsatz ist)
KL	Krankenhausleitung
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
KVP	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess
LA	Lebensaktivitäten (aus: Pflegemodell nach Roper)
LK	Leistungskomplexe
Ltg.	Leitung (Gruppenleitung, Abteilungsleitung etc.)
MA SD	Mitarbeitende 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)
SIS	Strukturierte Informationssammlung
SMG	Scheve Management GmbH
ST	Standards
Stv.	Stellvertretung
SZFR	Seniorenzentrum Bethel Friedrichshain
SZKÖ	Seniorenzentrum Bethel Köpenick
SZLI	Seniorenzentrum Bethel Lichterfelde
SZMÜ	Seniorenzentrum Bethel München
SZOE	Seniorenzentrum Bethel Bad Oeynhausen
SZTR	Seniorenzentrum Bethel Trossingen
SZWE	Seniorenzentrum Bethel Welzheim
SZWI	Seniorenzentrum Bethel Wiehl
t.n.z.	Trifft nicht zu
TD	Technischer Dienst
TEP	Totalendoprothese
UCH	Unfallchirurgie
VA	Verfahrensanweisung
WB	Weiterbildung

# 1 Einleitung

## **1.1 Methodik der Internen Revision in Medizin und Pflege des 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 Patienten<sup>1</sup>, die Begutachtung der Bewohner-/Patientenakte<sup>2</sup> 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,

---

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

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

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

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

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

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

### **1.1.3 Ausblick**

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

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

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



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

## **1.2 Kriterienauswahl**

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

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

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

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

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

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

Im folgenden Kapitel werden die Strukturdaten der Einrichtungen dargestellt.

## 2 Allgemeine Angaben zur Einrichtung

<b>Datum der Prüfung</b>	von: 21.02.2018	bis: 22.02.2018
--------------------------	-----------------	-----------------

### Uhrzeit / Thema der Revisionstage

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

### Anwesende Personen:

Prüfer / Gutachter:

1. Herr Dietel, SMG
2. Frau Schröder, GF PDL / PDDE
3. Frau Zander, SMG

Gesprächspartner der Einrichtung:

1. Herr Bader, HG
2. Frau Byczek Palfalusi GF, PDL
3. Frau Schopf, StvPDL
4. Frau Bayer PFK Zuständig für Auszubildene
5. Frau Knödler, Gerontopsychiatrische Fachkraft

### Wann wurde die Einrichtung zuletzt von anderen Qualitätsprüfungsinstitutionen besucht

28.09.2017 MDK, 30.01.2018 Herr Berndt Managementbewertung

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

Name der Einrichtung:	Pflegedienst Bethel Welzheim gGmbH
Gesellschafter:	Diakoniewerk Bethel gemeinnützige GmbH
HG:	Herr Karl Heinz Bader
PDL / Geschäftsführerin:	Frau Anna Byczek Palfalusi
Stv. PDL:	Frau Heike Schopf
QMB:	Frau Karin Berger

**Seit wann besteht die Einrichtung?**

1975

**Welche Zusatzleistungen / Spezialisierungen werden von der Einrichtung angeboten?**

1. Demenzgruppe

**Art der Einrichtung und Versorgungssituation**

Bettenanzahl:

Aktuelle Belegung:

Auslastung in %:

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

		Monat 08.02.2018
a.	Wachkoma	0
b.	Beatmungspflicht	0
d.	Dekubitus	1
c.	Blasenkatheter	4
e.	PEG-Sonde	1
f.	Fixierung	0
g.	Kontraktur	44
h.	Vollständige Immobilität	2
i.	Tracheostoma	0
j.	MRSA	1
k.	Diabetes Mellitus	28

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

<b>Zusammensetzung Pflegepersonal (MDK 3.8)</b>							
	Vollzeit		Teilzeit		Gesamt-	Geringf. Beschäftigte	
	Anzahl MA	Stunden	Anzahl MA	Stunden		Anzahl MA	Stunden
Qualifikationen							
Krankenschwestern	2,00	80,00	8,65	129,75	209,75	0,49	19,11
Altenpfleger/-innen	0,00	0,00	4,15	62,25	62,25	0,21	8,19
Pflegehilfskräfte ohne	0,00	0,00	5,17	77,55	77,55	1,12	43,68
Pflegehilfskräfte mit	0,00	0,00	0,15	2,25	2,25	0,13	5,07
Auszubildende	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Gesamt:</b>	<b>2,00</b>	<b>80,00</b>	<b>18,12</b>	<b>271,80</b>	<b>351,80</b>	<b>1,95</b>	<b>76,05</b>

### 3 Prüfkatalog Diakonie-Siegel Pflege, Version 3<sup>3</sup>

#### 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 1.3 Organigramm (8) ; F 1.3.1 Beauftragtenverzeichnis (9)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Sehr übersichtliches Organigramm. Die Beauftragten sind sowohl im Organigramm als auch in der Beauftragtenliste dargestellt.	E: Die Darstellung der Beauftragten sollte auf einem Dokument erfolgen.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 1.5 Managementbewertung	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die Kennzahlen für den Pflegedienst sind nicht durchgehend aktuell. F: Die Einrichtung übernimmt nach Erstkontakten und Erstgesprächen einen hohen Anteil der Interessenten in die Versorgung (185 Erstkontakte, 169 Übernahmen der ambulanten Versorgung entsprechen rund 91%). F: Bewertungen - wie bei der unerwünschten Fluktuation oder der Lieferantenbewertung - sind nicht immer aussagekräftig.	H: Die Fallschwere ist für Pflegedienste in "Erlöse pro Leistungsempfänger" darzustellen (siehe Kennzahlenbeschreibung in der aktuellen Fassung). H: Bewertungen müssen teilweise aussagekräftiger werden.

<sup>3</sup> © Diakonie-Siegel Pflege Auditcheckliste Version 3. Alle Rechte vorbehalten. DQE.

### 3.2.2 Personal

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.3.1 VA Dienstplangestaltung (9)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die Dienstpläne werden vier Wochen vor Gültigkeit erstellt und freigegeben.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.4 Interne Kommunikation (6); F 2.4.1 Konferenzstruktur (7)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Eine gut strukturierte und übersichtliche Konferenzstruktur liegt vor. Diese könnte noch um die ASA-Sitzungen ergänzt werden.	E: ASA-Sitzungen sollten in die Übersicht aufgenommen werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
<b>KTQ:</b> 2.2.6 Sicherstellung des Lernerfolges; <b>DSP:</b> F 2.7 Ausbildung (4)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die Einrichtung kooperiert mit drei Ausbildungsstätten. Es kommen sowohl Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger als auch Altenpflegeauszubildende. F: Zurzeit gibt es eine Praxisanleiterin in der Einrichtung. F: Es gibt jährliche Treffen mit den Ausbildungsstätten. F: Die Schüler werden von den Leitungen im Dienstplan eingeplant. F: Die überwiegende Anzahl der Auszubildenden wollen später stationär arbeiten (Erfahrungen aus der Einrichtung). Als Gründe werden häufig die geteilten Dienste und keine Vollzeitbeschäftigungsmöglichkeiten angegeben. N: Informationsgespräch, Zwischen- und Abschlussgespräch von zwei Schülern Dezember 2017 und Januar 2018.	E: Austausch mit den Schulen weiter ausbauen. Rückmeldung von den Schulen einfordern, wie die Praxisanleitung im PDWE bewertet wurde.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.12 Begleitung freiwillig Engagierter (7)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Nicht alle Kriterien finden sich in der Verfahrensanweisung wieder, z.B. finden sich keine Aussagen zum Datenschutz, Aufwandsentschädigung und Verschwiegenheitserklärung.	H: Alle Kriterien müssen sich in der VA wiederfinden.

### 3.2.3 Qualitätsmanagementsystem

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.1 Aufbau des Qualitätsmanagementsystems (6), F 3.0 VA Risikomanagement (1), F 3.0.1 FO Risikomanagement Erfassung PDWE (1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: In der Verfahrensanweisung zum Risikomanagement wird beschrieben, dass die Leitung einmal jährlich Risiken mittels Analyse erhebt, erörtert und bewertet. F: Die Formel zur Errechnung der Risikoprioritätenzahl erscheint auf den ersten Blick nicht nachvollziehbar.	H: Risiken müssen nach ihrer Eintrittswahrscheinlichkeit und Schadenshöhe bewertet und im Blick behalten werden, bis die Eintrittswahrscheinlichkeit aufgrund geeigneter Maßnahmen unter eine definierte Schwelle sinkt (--> vgl. Prinzipien des risikobasierten Ansatzes). E: Die Formel für die Risikoprioritätenzahl sollte überprüft werden.
F: Der Standard F 3.0 nimmt die Aspekte des risikobasierten Ansatzes auf.	
F: Die Qualitätsbeauftragte ist mit 50% im Pflegedienst beschäftigt.	
F: Es geht aus der VA nicht hervor, welche Ressourcen bereitgestellt werden.	H: Die Ressourcen müssen konkreter (z.B. Stellenanteil QB) beschrieben werden.
F: Die Aufgaben sind auszugsweise aufgezählt und ein Verweis zur Stellenbeschreibung gegeben.	E: Bezüglich der Aufgaben der QM reicht der Verweis auf die Stellenbeschreibung und muss hier nicht nochmal auszugsweise erfolgen.



Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.3 Umgang mit Fehlern, Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen (6), F 3.3.2 FO Fehlersammelliste, F 3.3.4 Fehleranalyse	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die Verfahrensanweisung nimmt die Themen der Anforderung auf, die Gliederung der Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien ist nicht durchgehend zutreffend.	H: Die Kriterien müssen den richtigen Überschriften zugeordnet werden - teilweise finden sich Prozesskriterien in den Strukturkriterien, in den Prozesskriterien Ergebnis- und Strukturkriterien usw.
F: Fehler werden gesammelt, bewertet und nach Priorität unterschieden.  N: Maßnahmenpläne 2017 und 2018	
F: Fehler werden gesammelt (Fehlerlisten) und im Leitungsteam regelmäßig alle vier Wochen anhand der Maßnahmenpläne besprochen. Hierbei wird festgelegt, wie es mit der Behandlung bestimmter Fehler weiter geht. F: Fehler werden in der Fehleranalyse mit den folgenden Maßnahmen dargestellt - quartalsweise erfolgt diese Analyse. N: F 3.3.4 Fehleranalyse 2017, Quantitative Auswertung - Fehleranalyse 2017	
N: Fehlermaßnahmeplan 2018, wird fortlaufend geführt. Schadenpotential, Wirksamkeitskontrolle geht nicht eindeutig hervor (z.B. MRSA Hygieneregeln nicht eingehalten).	H: Schadenpotential muss perspektivisch im Auge behalten werden und eine konkrete Planung wann die Wirksamkeitskontrolle erfolgt.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.4 Beschwerdemanagement (7)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die Regelung ist umfassend.	

### 3.2.4 Sicherheit

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 4.2 Arbeitsschutz (5) , F 4.2.5 Gefährdungsbeurteilung psychische Belastungen (2), F 4.2.6 Leiterkontrollblatt, F 4.4.2 Qualitätskontrolle für BZ Geräte	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die Verfahrensanweisung nimmt Verbesserungspotentiale der vergangenen Revision des Seniorenzentrums Bethel Welzheim auf - die Qualitätsbeauftragten haben sich gemeinsam ausgetauscht: In der VA wurden Struktur- und Prozesskriterien unter einer Überschrift zusammengefasst. Die Beschreibung der etablierten Prozesse ist gut nachvollziehbar und verständlich.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 4.3 Brandschutz (5), F 4.3.1 Hausordnung, F 4.3.2 Brandschutzordnung Teil A B, F 4.3.2 Brandschutzordnung Teil C	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die Regelung beantwortet alle in der Anforderung gestellten Fragen. Die Unterlagen der mitgeltenden Dokumente sind umfassend.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 4.4 Wartungs- und Kontrollsystem (8), F 4.4.1 FO Schulungsnachweis zu Medizinprodukten, F 4.4.2 Qualitätskontrolle für BZ Geräte, F 4.4.3 BZ Gerät Prüfprotokoll, F 4.4.4 Pflögetasche und Checkliste, F 4.4.5.1 FO Bestandsverzeichnis Medizinprodukte, F 4.4.5.2 FO Checkliste Überprüfung Medizinprodukte	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die Regelung nimmt die Kriterien der Anforderung auf.	
F: Unterweisungen in Medizinprodukte, die beim Betreuten verwendet werden, finden statt und werden organisiert.	
N: Schulungsnachweis zu Medizinprodukten, Pleura-Katheter 20.10.2017	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 4.5 Hygiene (5), F 4.5.1 Hygienehandbuch	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Gut: In der Verfahrensanweisung wird auf Themen im Hygienehandbuch verwiesen.	
F: Das Hygienehandbuch soll von allen neuen Mitarbeitenden durchgelesen und das Durchlesen mittels Unterschrift bestätigt werden.	H: Die Einrichtung muss deutlich machen, was die wichtigsten Punkte im Handbuch sind und welche gewusst und umgesetzt werden müssen. Im Handbuch werden - bspw. im Kapitel 5.2.2 Personalauswahl - nicht eindeutige Hinweise gegeben - z.B.: "Nur eingewiesenes Personal sollte MRSA-positive Patienten betreuen." H: Bezüglich der Gliederung und den Ausführungen - hier: Kapitel 5 - muss die Einrichtung sich auf die Prozessbeschreibung konzentrieren und alle weiteren Hinweise andere Themen betreffend im Interesse der Kürze und Verständlichkeit herausnehmen.

### 3.3 Kernprozesse

#### 3.3.1 Pflege

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.1 Pflegeleitbild	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Das Pflegeleitbild wurde vom Gesellschafter entwickelt und von der Einrichtung geprüft und ergänzt.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.2 Pflegekonzept (8)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Das Pflegekonzept ist nicht mehr aktuell.	H. Das Konzept muss gemäß den neuen Themenfeldern der Strukturierten Informationssammlung angepasst und der Pflegebedürftigkeitsbegriff aktualisiert werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.4 Pflegeprozess, Pflegeplanung, Pflegestandards (5)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die vier Pflegefachkräfte haben ihre Patienten sehr strukturiert und verständlich vorgestellt und anhand der Akten waren alle Angaben nachvollziehbar.	
F: Die gesehenen Expertenstandards sind auf die im Pflegedienst verwendeten Dokumente zugespielt.	
F: Die Einrichtung verweist bei immer wieder kehrenden pflegerischen Maßnahmen (Grundpflege) auf die aktuelle Fachliteratur - hier: Pflege Heute, Thieme, 5. Auflage). Diese Hinweise können auch zur Einführung der Strukturierten Informationssammlung verwendet werden.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.5 Pflegedokumentationssystem (6)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
Einsichtnahme Pflegedokumentation: Patient I.K. Wunde am Zeh seit 16.2.18 F: Hinweis zur Wunde im Pflegebericht vorhanden, Arzt ist informiert, aber noch keinen Hausbesuch/ ärztl. AO, Wundprotokoll noch nicht angelegt. Planung noch nicht angepasst.	H: Wundprotokoll muss immer mit neuer Wunde angelegt werden. Eine Verordnung muss eingeholt werden.
F: Frau D. Wundbehandlung (venös. Insuffizienz) Unterschenkel 3 x wö. mit Alginat und tgl. Kompressionsverband. Wundmanager extern ist mit eingebunden. Wundprotokoll vom 6/2017. Wundbericht erfolgt.	H: Die ärztliche Anordnung muss schriftlich eingeholt werden.
Einsichtnahme Pflegedokumentation: Patient L.G: Z.n. Apoplex, Hemiparese rechts, Adipositas. Hilfe bei der Körperpflege und Transfer in den Rollstuhl. Medikamentengabe 2 x tgl. Risiken (Kontraktur, Dekubitus) sind erfasst. Beratung ist dokumentiert.	
Einsichtnahme Pflegedokumentation: Patient H.K. ist derzeit in der Kurzzeitpflege, Z.n. Apoplex mit 21 Jahren, Hemiparese rechts, verwaschene Sprache, 2 x wö. Duschen, 1 x wö. Medikamentengabe. Tgl. Kompressionsstrümpfe. Die Haarwäsche wird auf Extraformular dokumentiert. Sturzrisiko, Kontrakturnisiko ist erfasst und Sturzrisiko ist geplant. Phänomene sind im Bericht erfasst (z. B. Nasenbluten) und nachvollziehbar dokumentiert.	E: Wenn die reguläre Haarwäsche in der Planung hinterlegt ist, kann auf eine separate Dokumentation / Formular verzichtet werden.
Einsichtnahme Pflegedokumentation: Patient H.T. Z.n. Apoplex, PG 3, sitzt im Rollstuhl, tgl. Körperpflege, 1 x wö. Duschen, tgl. Kompressionsstrümpfe, 1 x wö. Medikamentengabe. Risiken sind erfasst (Intertrigo/ Dekubitusrisiko) und geplant. Intertrigo/ Dekubitusrisiko und Verlauf im Pflegebericht ersichtlich.	
Einsichtnahme Pflegedokumentation: Patient A.B. seit 2012 in der Pflege. Demenz verstärkt sich in letzter Zeit. Körperliche Einschränkung und dadurch hohe Sturzgefahr. Z.n. Dekubitus. Risiken sind erfasst. Sturzrisiko hat sich erhöht, erneute Beratung ist erfolgt. Dokumentation im Berichtsblatt.	E: Es sollte überlegt werden, die Evaluationen individuell zu planen.
F: Das elektronische Dokumentationssystem wird in der Regelung nicht erwähnt.	H: Die Regelung muss entlang den Kriterien der Anforderung beschrieben werden. Die Anwendung von Medifox-Dokumenten muss aufgeführt werden.
F: Den Fachkräften obliegt der Pflegeprozess. In der Regelung dürfen auch Ergänzende Hilfen Pflegeplanungen evaluieren.	H: Pflegehilfskräfte dürfen den Pflegeprozess nicht steuern. Die Regelung muss angepasst werden.
F: Zurzeit werden zahlreiche Formulare für die Dokumentation verwendet. Die Integration der Formulare in Medifox setzt voraus, dass statt Handys Tablets genutzt werden, was zurzeit noch hinsichtlich der Kosten geprüft wird. F: Nach Checklisten wird beim Erstbesuch vorgegangen und verdeutlicht, was an Formularen noch angelegt werden muss.	
N: Checklisten SGB V / SGB XI	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.7 Umgang mit Medikamenten und Betäubungsmitteln (BTM) (7)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die Verantwortlichkeiten zwischen Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften ist bezüglich des Stellens und der Verabreichung von Medikamenten unklar. Der verabreichende Mitarbeitende hat die Verantwortung für die Applikation des richtigen Medikamentes zum richtigen Zeitpunkt in der richtigen Dosis am richtigen Ort usw.	H: Die Regelung muss hinsichtlich dieses Punktes überdacht werden. Geklärt werden muss auch, ob das Vorgehen in der Regelung vertragskonform ist.
F: Die Beschaffung von BTM ist nicht beschrieben.	H: Das Kriterium muss in der Verfahrensanweisung beschrieben werden.
F: In der VA werden viele Punkte wiederholt (z.B. Aufbewahrung im Büro, „6-R-Regel“).	E: Die Verfahrensanweisung sollte überarbeitet und die Themen zusammengefasst werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.9 Pflegevisite und fachliche Begleitung von Mitarbeitern	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die Analyse der Pflegevisitenergebnisse liegt vor - die Verbesserungspotentiale werden ersichtlich. Welche Maßnahmen unterjährig speziell ergriffen wurden und welche Ergebnisse der Wirksamkeitsüberprüfung vorliegen konnte im Gespräch nicht mit Dokumenten unterfüttert werden.	H: Im Rahmen des risikobasierten Ansatzes muss das Vorgehen beschrieben werden können.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.12 Verhalten in Notfallsituationen	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: In der Einrichtung werden Notfälle ausgewertet.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.13 Umgang mit Sterben und Tod (5), K 1.13.1 Sterbebegleitung "End of Life" (3)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Mitarbeitende werden zu Beisetzungen nach Möglichkeit frei gestellt.	E: Eine Freistellung muss, insbesondere nach langjähriger Bezugspflege ermöglicht werden.
F: Bezüglich der Versorgung Verstorbener wird auf die VA 1.13.1 verwiesen, jedoch finden sich hierzu keine Ausführungen.	H: Die Verfahrensanweisung muss entsprechend angepasst werden.

### 3.3.2 Beratung und Betreuung

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 2.1 Erstkontakt, Erstgespräch, Beratung(5); K 2.1.6 Pflegevertrag (5), K 2.1.7 Aufnahmebogen für Patienten (9)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Bedürfnisse werden im Rahmen des Erstgesprächs bzw. von Gesprächen erhoben.	
F: Wenn die Fachkraft eine Nachfrage auf dem Bereitschaftsdiensthandy bekommt geht sie systematisch auf Grundlage eine Checkliste vor (z.B. Frage nach einer Verordnung, Fragen nach Stammdaten). F: Nach dem Erstkontakt wird ein Termin für das Erstgespräch abgestimmt.	E: Die Einrichtung sollte überlegen, ob die Interessenten in Medifox eingepflegt werden können, so dass nicht mehr auf die Liste zurückgegriffen werden muss.
F: In der VA wird auf K 1.3 Aufnahme verwiesen, jedoch existiert diese VA nicht mehr, lt. Inhaltsverzeichnis entfällt diese. Aufnahme ist unter Erstkontakt, Erstgespräch, Beratung als Checkliste mit aufgeführt. Es geht daraus nicht hervor, welche MA den Vertrag unterschreiben dürfen.	E: Verweis auf K 1.3 muss entfernt werden, wenn es diese VA nicht mehr gibt. Es sollte festgehalten werden, wer von den Mitarbeitenden den Vertrag unterschreiben darf.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 2.2 Betreuungskonzept	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die Demenzgruppe wird von einer geriatrischen Fachkraft und Ehrenamtlichen betreut. Die Betreuten / Gäste werden auf Interesse der pflegenden Angehörigen vermittelt - einmal wöchentlich für drei Stunden finden die Veranstaltungen statt. In der Zeit können pflegende Angehörige andere Dinge unternehmen (Finanzierung durch die Entlastungspflege). F: Während der Betreuung werden gemeinsam Lieder gesungen, Spaziergänge durch den Garten gemacht und weitere Aktivitäten durchgeführt. F: Einmal jährlich wird ein Fest zusammen mit den Angehörigen durchgeführt. F: Die Ehrenamtlichen werden von der Fachkraft zu Schulungen geschickt, die auch die Teamsitzungen organisiert.	

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

## 4 Begutachtungen

### 4.1 Begutachtungen von Wohnbereichen<sup>4</sup>

#### 4.1.1 Büro Welzheim

Datum:	22.2.2018
Begleitpersonen / Leitungen:	Frau Schopf, Frau Zander, Herr Dietel

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
<b>F 4.2 Arbeitsschutz*</b>	Hautschutzplan der BGW / Hygieneplan*	iO
	<b>Frage aus F 4.5:</b> Aushang aktueller Hygiene- und Desinfektionspläne? Wird Hautschutz mit in die Hinweise eingeschlossen? Mitarbeitenden bekannt?	F: Hautschutzcreme ist im Desinfektionsplan aufgeführt, aber nicht vorhanden. H: Hautschutzcreme sollte bereitstehen.
<b>F 4.3 Brandschutz*</b>	Aushang von Flucht- und Rettungsplänen*	iO
	Sind Fluchtwege / Flure frei begehbar?*	iO
	<b>Sicherheit:</b> Zugang zu gefährlichen Substanzen*	t.n.z.
<b>F 4.4 Wartungs- und Kontrollsystem*</b>	Kontrolle des Defibrillators / der Sauerstoffflasche des Reanimationswagens* (z.B. Ordner der Medizinprodukte - Wartungs- und Kontrollsystem. Mögliche Nachweise Anzahl, Art, Betriebsanleitungen bzw. Gebrauchsanleitungen)*	t.n.z.
	<b>Notfallausstattung*</b>	iO
	<b>Funktionskontrolle</b> der Medizinprodukte durch die Mitarbeitenden des Bereiches*	F: Die Gerätenummern wurden nicht immer auf die Prüfformulare übertragen. H: Die Gerätenummern / Seriennummern müssen immer auf die Formulare übertragen werden. F: Das geprüfte Gerät der Tour 2 wurde in diesem Jahr nur zweimal geprüft. H Die BZ-Geräte-Prüfung muss wöchentlich erfolgen.
	Beachtung des Datenschutzes*	Das Büro ist abgeschlossen. E: Alle Unterlagen mit personenbezogenen Daten sollten geschreddert werden können und nicht im Schrank aufgehoben werden müssen.
	Überwachung der Kühltischtemperatur (dokumentiert?)	t.n.z.
<b>F 4.5 Hygiene**</b>	Ausstattung Pflegewagen* / Arbeitsmittel im ausreichenden Umfang (Handschuhe, Händedesinfektionsmittel etc.) vorhanden?*	Tourenrucksäcke: Es gibt Checklisten zur Bestückung der Rucksäcke. Die geprüften Rucksäcke sind gepflegt und bestückt.
	Sauberkeit / Pflege der Rollstühle, Lifter und anderer Hilfsmittel*	iO
	Veröffentlichung von Sicherheitsanweisungen, z.B. Verhalten im Notfall*	iO

<sup>4</sup> Die Kriterien sind dem Katalog Diakonie-Siegel Pflege, Version 3, entnommen

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
	Erforderliche Hygienemaßnahmen bei Isolierten (Schutzkleidung, Hauben, Mundschutz, Handschuhe, Einmalkittel, Wäsche, Abwurf, Reinigung)?*	Persönliche Schutzausrüstung wird im Büro Welzheim vorgehalten.
	Umgang mit reinem / unreinem Arbeitsraum / Arbeitsmitteln*	iO
	Lagerungshilfsmittel*	iO
	Lagerung der Verbandsmaterialien / Sterilgut*	iO
	Kleidung der Mitarbeitenden*	iO
	<b>Gesamteindruck</b> Sauberkeit und Hygiene **	Das Büro ist sauber und gut gereinigt.
<b>K 1.9 Umgang mit den Medikamenten*</b>	Die Medikamentenschränke sind abschließbar / Lagerung in Medikamentenkühlschränken bei Bedarf.*	iO
	Sachgemäße Lagerung / Aufbewahrung (Beschriftungen nach Anbruchs- und Verfallsdatum mit Jahreszahl* / Entsorgung der Medikamente (und Spritzenbestecke)*	iO
	Kontrollliste Lagergut und Medikamente*	iO
	Entsprechen die gestellten Medikamente denen, die der Arzt angeordnet hat (Abgleich Medikamente / Verordnung)?*	iO
	BTM – Buch und Aufbewahrung (Vollständigkeit) / Verblisterung / Vier-Augen-Prinzip*	Im Büro werden keine BTM aufbewahrt.
<b>K 2.2 Wohnraumgestaltung **</b>	Gestaltung der Gemeinschaftsräume**	iO
	Gestaltung der Außenbereiche - Balkone / Gehwege / Bepflanzungen**	iO
	Erscheinungsbild der Flure / Gestaltung der Sitzgelegenheiten / Informationstafeln etc.**	iO
	Veranstaltungsübersicht**	t.n.z.
	Orientierungshilfen*	iO
<b>K 2.3 Verpflegung *</b>	Aktueller, gut lesbarer Speiseplan im Wohnbereich?*	iO
<b>K 2.4 Reinigung **</b>	Verkehrsflächen - Fußböden („runde Ecken“, Staub, Begehbarkeit)**	Sehr sauber.
	Gerüche?*	t.n.z.
	Sanitärbereiche und Funktionsräume**	iO
	Sauberkeit und Ordnung in Gemeinschaftsräumen**	t.n.z.
	Sauberkeit der Umgebung: Fenster, Sonnenschutz / Jalousien **	iO
	Sauberkeit Verteilerküchen**	t.n.z.
<b>U 1.5 Beschaffung und Lagerung</b>		
<b>Diakonisch-Kirchliche Angebote *</b>	<b>Leitbilder</b> gut sichtbar und bewohnerorientiert angebracht?*	iO
	Ausstattung der Bewohnerzimmer / Büros mit Neuem Testament (NT)*	iO
	<b>Angebotsübersicht</b> gut sichtbar?*	iO
	<b>Bibel</b> / Feiern und Loben / andere Gesangsbücher in allen <b>Wohnbereichen</b> / Einlegeblätter?*	iO
	<b>Liste der Pastoren / Pfarrer*</b>	k.B.



Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
	Utensilien zur Gestaltung des Abschieds von verstorbenen Bewohnern ('Aussegnungssets') in allen Wohnbereichen?*	t.n.z.
<b>Sonstiges</b>	Namenschilder?	iO
	FeM: <u>Be</u> Freiheitsentziehenden Maßnahmen: liegt Gerichtsbeschluss vor? (Stichprobe)*	t.n.z.
	Handzeichenlisten aktuell? (Stichprobe: von der HZ-Liste zum Dienstplan zur Akte - Übereinstimmung?)*	iO
	Stufenloser Eingang *	iO
	Aufzüge mit großen, für Rollstuhlfahrer erreichbaren Bedienelementen (Höhe unter 1.20 m)*	iO
	Handläufe, Haltegriffe*	iO
	Behindertengerechtes Bad / Toilette auf allen Etagen*	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?	iO
	Kennen Sie die Ziele Ihrer Einrichtung? Kennen Sie die Ihrer Abteilung für dieses Jahr? Wissen Sie, wo Sie im Moment stehen?	Ziele sind bekannt. Die Betriebsziele hängen im Büro aus.
	Dienst- / Tourenplanung - Kap. 4.1.1	(Kontinuität der Pflegefachkräfte ersichtlich? Gegeben?)
	Interne Kommunikation - Kap. 4.1.1	Für Teamsitzungen können von den Mitarbeitenden Themenvorschläge per Mail eingereicht werden, Protokolle werden innerhalb von 3 Tagen erstellt.
	Datenschutz - Kap. 4.3 (k113f)	
<b>Gesamtbewertung**</b>		Das Büro ist gut organisiert, alle Fragen konnten beantwortet werden. Bei den Medizinprodukten muss die Checkliste vervollständigt (Nummer des BZ-Gerätes) und die Prüfintervalle eingehalten werden. Übersichten müssen vollständig sein (Pastoren, Gemeinden, Beratungszentren).

**Legende:**

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

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

### 4.1.2 Büro Urbach

Datum:	22.2.2018
Begleitpersonen / Leitungen:	Frau Byczek-Palfalusi, Frau Schöder

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
<b>F 4.2 Arbeitsschutz*</b>	Hautschutzplan der BGW / Hygieneplan*	Aktuell und ausgehängen.
	<b>Frage aus F 4.5:</b> Aushang aktueller Hygiene- und Desinfektionspläne? Wird Hautschutz mit in die Hinweise eingeschlossen? Mitarbeitenden bekannt?	Letzte Arbeitsschutzunterweisung am 15.11.2017, Betriebsarzt alle 3 Jahre und bei Neueinstellung.
<b>F 4.3 Brandschutz*</b>	Aushang von Flucht- und Rettungsplänen*	iO
	Sind Fluchtwege / Flure frei begehbar?*	Fluchtwege sind frei, Feuerlöscher gut erreichbar und sichtbar.
	<b>Sicherheit:</b> Zugang zu gefährlichen Substanzen*	t.n.z.
<b>F 4.4 Wartungs- und Kontrollsystem*</b>	Kontrolle des Defibrillators / der Sauerstoffflasche des Reanimationswagens* (z.B. Ordner der Medizinprodukte - Wartungs- und Kontrollsystem. Mögliche Nachweise Anzahl, Art, Betriebsanleitungen bzw. Gebrauchsanleitungen)*	k.B.
	<b>Notfallausstattung*</b>	1.Hilfe Kasten vorhanden und aktuell.
	<b>Funktionskontrolle</b> der Medizinprodukte durch die Mitarbeitenden des Bereiches*	z.B. BZ-Geräte werden wöchentlich montags von der jeweiligen PFK der Tour überprüft, Protokoll fortlaufend mit allen Angaben gut geführt.
	Beachtung des Datenschutzes*	Ja, z.B. Patientenakten sind abgeschlossen, Datenschutz wird beachtet - Bildschirmsperre vorhanden.
	Überwachung der Kühlschranktemperatur (dokumentiert?)	Im Kühlschrank werden derzeit keine Medikamente aufbewahrt.
<b>F 4.5 Hygiene**</b>	Ausstattung Pflegewagen* / Arbeitsmittel im ausreichenden Umfang (Handschuhe, Händedesinfektionsmittel etc.) vorhanden?*	Tourenbezogene Pflgetaschen sind vorhanden, sind sehr gepflegt, es gibt eine Liste zu den Inhalten, alle notwendigen Dinge vorhanden, RR-Geräte sind geeicht.
	Sauberkeit / Pflege der Rollstühle, Lifter und anderer Hilfsmittel*	t.n.z.
	Veröffentlichung von Sicherheitsanweisungen, z.B. Verhalten im Notfall*	Vorhanden.
	Erforderliche Hygienemaßnahmen bei Isolierten (Schutzkleidung, Hauben, Mundschutz, Handschuhe, Einmalkittel, Wäsche, Abwurf, Reinigung)?*	MRSA Schutz vorhanden 1x Erstset, Kittel und Mundschutz vorhanden.
	Umgang mit reinem / unreinem Arbeitsraum / Arbeitsmitteln*	t.n.z.
	Lagerungshilfsmittel*	t.n.z.
	Lagerung der Verbandsmaterialien / Sterilgut*	t.n.z.
	Kleidung der Mitarbeitenden*	Die Mitarbeitenden tragen saubere und ordentliche Dienstkleidung mit Namensschildern, Haare sind ggf. zusammengebunden, Fingernägel sind gepflegt.
	<b>Gesamteindruck</b> Sauberkeit und Hygiene **	iO

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

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
	Aufzüge mit großen, für Rollstuhlfahrer erreichbaren Bedienelementen (Höhe unter 1.20 m)*	iO
	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*	t.n.z.
	An Pflegefachkraft: Wann erfahren Sie von Aufnahmen? Welche Informationen erhalten Sie aus dem Erstgespräch / der prästationären Sprechstunde / vom Überleitungsbogen? Wer legt die Bezugs- / Bereichspflegefachkraft fest?	iO
	Kennen Sie die Ziele Ihrer Einrichtung? Kennen Sie die Ihrer Abteilung für dieses Jahr? Wissen Sie, wo Sie im Moment stehen?	t.n.z.
	Dienst- / Tourenplanung - Kap. 4.1.1	t.n.z.
	Interne Kommunikation - Kap. 4.1.1	(Kontinuität der Pflegefachkräfte ersichtlich? Gegeben?)
	Datenschutz - Kap. 4.3 (k113f)	
<b>Gesamtbewertung**</b>		

**Legende:**

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

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

## 4.2 Begutachtungen von Betreuten

### 4.2.1 Patient 1

Datum:	22.2.2018	Geb.Datum:	
Name, Vorname:		Bereich / Abteilung:	
Betreuung:		Pflegegrad:	2
Derzeitige Situation:	Zustand nach Herzinfarkt im letzten Jahr - Einmal wöchentlich "große Körperpflege" und zweimal wöchentlich eine "kleine" Körperpflege. Wohnt mit Ehefrau zusammen.		
Medizinische Diagnosen:			
<b>Aktueller Zustand / Umfeld:</b>			
Haare:	iO	Ohren:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	iO
Zunge:	iO	Achseln:	k.B.
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	k.B.
Bauchnabel:	k.B.	Hüften:	k.B.
Analgegend:	k.B.	Leistenbereich:	k.B.
Fuß/Ferse/Fußnägel:	k.B.	Zehenzwischenräume:	k.B.
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.
Wunden:	t.n.z.	Orientierung:	Orientiert.
DK:	t.n.z.	IKM:	k.B.
Atmosphäre:	k.B.	Bett (auch: höhenverstellbar)	k.B.
Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel	k.B.	Gerüche:	k.B.
Nasszelle / WC:	k.B.	Mobiliar:	k.B.
<b>Zufriedenheit:</b>			
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):		Essen:	
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des		Pflegerische Versorgung:	"Wir sind zufrieden" - "Es kommen immer andere" - "Die heute da war, die kann was, die versteht ihr Handwerk."
Medizinische Versorgung:		Therapeutische Anwendungen:	
Sollte etwas verbessert werden?	"Wir haben keinen Wunsch".	Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Der Umgang mit den Versorgten ist angemessen.
<b>Bewertung:</b>			
Sollte etwas verbessert werden?			
Gesamteindruck / Bewertung:	Der Versorgte ist mit seiner Versorgung zufrieden.	+ / -	

### 4.2.2 Patientin 2

Datum:	22.2.2018		Geb.Datum:		
Name, Vorname:			Bereich / Abteilung:		
Betreuung:			Pflegegrad:		
Derzeitige Situation:	Bewegungseingeschränkt, Rollstuhlfahrerin. Transfer in den Rollstuhl, Unterstützung bei der Körperpflege.				
Medizinische Diagnosen:	Zustand nach einem Apoplex 2011.				
<b>Aktueller Zustand / Umfeld:</b>					
Haare:	iO	Ohren:	iO	Augen:	k.B.
Lippen:	iO	Zähne:	iO	Zahnfleisch:	k.B.
Zunge:	k.B.	Achseln:	k.B.	Ellenbogen:	k.B.
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	k.B.	Brust:	k.B.
Bauchnabel:	k.B.	Hüften:	k.B.	Gluteal / Sakral	k.B.
Analgegend:	k.B.	Leistenbereich:	k.B.	Intimbereich:	k.B.
Fuß/Ferse/Fußnägel:	k.B.	Zehenzwischenräume:	k.B.	Hautzustand:	k.B.
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:	k.B.	ggf. Ödeme:	k.B.
Wunden:	k.B.	Orientierung:	Orientiert - leicht verwaschene Sprache.	Schmerzen:	k.B.
DK:	t.n.z.	IKM:	k.B.		
Atmosphäre:	k.B.	Bett (auch: höhenverstellbar)	k.B.	Wandschmuck/Bilder	k.B.
Sauberkeit Zimmer / Nachttische / Hilfsmittel	k.B.	Gerüche:	k.B.	Kleidung:	k.B.
Nasszelle / WC:	k.B.	Mobiliar:	k.B.		
<b>Zufriedenheit:</b>					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):			Essen:		
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):			Pflegerische Versorgung:	"Wir fühlen uns gut", "Mit dem Pflegedienst klappte es - wenn die mal 10 Minuten später sind, ist es nicht schlimm. Die sind sonst auch punktlich"; die Versorgte kennt einige Mitarbeitende mit ihrem Namen.	
Medizinische Versorgung:			Therapeutische Anwendungen:		
Sollte etwas verbessert werden?			Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:		
<b>Bewertung:</b>					
Sollte etwas verbessert werden?					
Gesamteindruck / Bewertung:	Die Patientin wird aus pflegerischer Sicht sehr gut versorgt und fühlt sich gut betreut.		+ / -		

### 4.2.3 Patientin 3

<b>Datum:</b>	22.2.2018		<b>Geb.Datum:</b>		
<b>Name, Vorname:</b>			<b>Bereich / Abteilung:</b>		
<b>Betreuung:</b>	nein		<b>Pflegegrad:</b>	kein Pflegegrad	
<b>Derzeitige Situation:</b>	Patientin lebt allein im Haus, geht spazieren, Einkäufe und Garten werden durch die Tochter erledigt; Körperpflege selbständig, Probleme mit den Augen bestehen länger, Augentropfen selbständig 3x täglich, Medikamente werden selbständig eingenommen, Friseur kommt ins Haus, Fuß - Handpflege kommt ins Haus, morgens nach dem Aufstehen oder tagsüber macht Patientin Gymnastik, 1x tägl Kompressionsstrümpfe anziehen durch Pflegedienst, Ausziehen selbständig.				
<b>Medizinische Diagnosen:</b>	Z.n. Thrombose; 2 CA-OP 2010 Darm Krebs-OP, Darm-Kürzung ca: 70 cm, Brust CA OP 2016.				
<b>Aktueller Zustand / Umfeld:</b>					
<b>Haare:</b>	Gepflegt, selbständig waschen.	<b>Ohren:</b>	Gepflegt.	<b>Augen:</b>	Gerötet, trocken.
<b>Lippen:</b>	Gepflegt, nicht trocken oder spröde.	<b>Zähne:</b>	Oben Vollprothese; unten Teilprothese,	<b>Zahnfleisch:</b>	Schleimhäute blassrosa, geht regelmäßig zur
<b>Zunge:</b>	Blassrosa, nicht belegt.	<b>Achseln:</b>	Gepflegt.	<b>Ellenbogen:</b>	Gepflegt nicht trocken.
<b>Finger / Fingernägel</b>	Sauber und gepflegt.	<b>Schulterblätter:</b>	Gepflegt.	<b>Brust:</b>	Gepflegt.
<b>Bauchnabel:</b>	Gutes Hautbild.	<b>Hüften:</b>	Gepflegt und frei beweglich.	<b>Gluteal / Sakral</b>	Gepflegt.
<b>Analegend:</b>	Laut Aussage der Patientin gutes	<b>Leistenbereich:</b>	Gepflegt.	<b>Intimbereich:</b>	Gepflegt.
<b>Fuß/Ferse/Fußnägel:</b>	Gepflegt, nicht trocken oder spröde, kaum Hornhaut.	<b>Zehenzwischenräume:</b>	Gepflegt, keine harten Stellen, keine Risse.	<b>Hautzustand:</b>	Normale Haut, gut gepflegtes Hautbild.
<b>Ernährungszustand:</b>	Optisch guter Zustand.	<b>PEG/Sondennahrung:</b>	t.n.z.	<b>ggf. Ödeme:</b>	Nein.
<b>Wunden:</b>	Laut Aussage der Patientin keine.	<b>Orientierung:</b>	Zu allen Bereichen orientiert und interessiert.	<b>Schmerzen:</b>	Nein.
<b>DK:</b>	Nicht vorhanden.	<b>IKM:</b>	Kontinent, zur Sicherheit wenn Sie den ganzen Tag unterwegs ist nutzt Sie Pants.		
<b>Atmosphäre:</b>	Angenehm.	<b>Bett (auch: höhenverstellbar)</b>	Seniorenbett mit Kopfteil und Fußteil höhenverstellbar.	<b>Wandschmuck/Bilder</b>	Vorhanden.
<b>Sauberkeit Zimmer / Nachtschische / Hilfsmittel</b>	Sehr sauberes und ordentliches Umfeld.	<b>Gerüche:</b>	Keine.	<b>Kleidung:</b>	Wird selbst ausgewählt ist sauber und ordentlich.
<b>Nasszelle / WC:</b>	Sauber und ordentlich.	<b>Mobiliar:</b>	Sehr gut erhalten.		
<b>Zufriedenheit:</b>					
<b>Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):</b>	Wird nicht benötigt, ist in Familie gut eingebunden, Tochter und Schwiegersohn kommen regelmäßig - wöchentlich, täglich Anrufe und Nachbarschaftlicher Kontakt, der menschliche Kontakt zu PFK ist sehr angenehm.		<b>Essen:</b>	Selbständig, Tochter kocht teilweise vor und bringt Essen mit.	
<b>Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):</b>	Werden nicht genutzt es besteht kein Bedarf.		<b>Pflegerische Versorgung:</b>	Selbständig.	
<b>Medizinische Versorgung:</b>	Fühlt sich vom Pflegedienst medizinisch gut versorgt mit dem Anziehen der Kompressionsstrümpfe, geht mit Tochter zum Arzt.		<b>Therapeutische Anwendungen:</b>	Nein, derzeit kein Bedarf.	
<b>Sollte etwas verbessert werden?</b>	Es sollte alles so bleiben, Bitte keine Veränderungen!!, Mitarbeiter kommen pünktlich.		<b>Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:</b>		
<b>Bewertung:</b>					
<b>Sollte etwas verbessert werden?</b>	Verbesserungspotenzial kann z.Z. der Begutachtung nicht erkannt werden, Pat. Ist gut versorgt.				
<b>Gesamteindruck / Bewertung:</b>	Die Patientin wird sehr gut versorgt und äußert sich sehr zufrieden mit ihrer Betreuung. + / -				

### 4.2.4 Patientin 4

<b>Datum:</b>	22.2.2018		<b>Geb.Datum:</b>		
<b>Name, Vorname:</b>			<b>Bereich / Abteilung:</b>		
<b>Betreuung:</b>	nein		<b>Pflegegrad:</b>	2	
<b>Derzeitige Situation:</b>	Lebt allein, durch den starken Schwindel 1x wö. Duschen, Rest soweit wie möglich allein - mal mehr mal weniger, Betreuungsleistungen 1x wö. - Gespräche führen - Patientin unterhält sich gern, Nachbar unterstützt beim Haushalt und Einkäufe und Reparaturen, Patientin läuft in der Wohnung mit Festhalten am Mobiliar, Treppen laufen selbständig nicht möglich-Arztbesuche mit Taxi - bringt sie die Treppe hoch und runter; Sturzrisiko - Hausnotruf vorhanden, Antrag für Rollstuhl liegt vor - Sanitätshaus kommt zum Ausmessen, hat genauen Tagesrhythmus der durch den Schwindel geprägt ist - hört Musik zur Ablenkung.				
<b>Medizinische Diagnosen:</b>	Diabetes. mell. nicht Insulinpflichtig, 1x täglich selbständig BZ -Messung, Hypertonie, Schwindel ausgeprägt, Arthrose, TEP rechts 2012, Glaukom bds, Trigemineuralgie, viele Entzündungen - Divertikulitis, Injektionen wg. Osteoporose - 1/2 jährlich durch HA.				
<b>Aktueller Zustand / Umfeld:</b>					
<b>Haare:</b>	Gepflegt, 1x wö. Waschen durch	<b>Ohren:</b>	Gepflegt.	<b>Augen:</b>	Klar, nicht gerötet, nutzt zum Lesen Brille.
<b>Lippen:</b>	Gepflegt, nicht trocken oder spröde.	<b>Zähne:</b>	Oben Vollprothese.	<b>Zahnfleisch:</b>	Blassrosa, gepflegt.
<b>Zunge:</b>	Blassrosa, nicht belegt.	<b>Achseln:</b>	Gepflegt.	<b>Ellenbogen:</b>	Gepflegt.
<b>Finger / Fingernägel</b>	Sauber und gepflegt, Hand- und Fußpflege kommt ins Haus.	<b>Schulterblätter:</b>	Gepflegt.	<b>Brust:</b>	Gepflegt.
<b>Bauchnabel:</b>	Gepflegt, laut eigener Angabe	<b>Hüften:</b>	TEP - Bücken macht leichte Probleme.	<b>Gluteal / Sakral</b>	Gepflegt.
<b>Analgegend:</b>	Unauffällig.	<b>Leistenbereich:</b>	Gepflegt.	<b>Intimbereich:</b>	Gepflegt.
<b>Fuß/Ferse/Fußnägel:</b>	Wegen Nagelpilz in ärztlicher Versorgung, wenig Hornhaut.	<b>Zehenzwischenräume:</b>	Gepflegt, selbständig mit Creme - macht täglich Fußbad.	<b>Hautzustand:</b>	Zeitweise gerötet - Petechien - Juckreiz, ist in ärztlicher Behandlung mit Kortison, Patientin
<b>Ernährungszustand:</b>	Optisch guter Ernährungszustand.	<b>PEG/Sondennahrung:</b>	t.n.z.	<b>ggf. Ödeme:</b>	t.n.z.
<b>Wunden:</b>	Keine.	<b>Orientierung:</b>	Zu allen Bereichen orientiert und interessiert.	<b>Schmerzen:</b>	Zeitweise Darmschmerzen - selbständig Tropfen, sehr oft Trigemineuralgie - ins Bett und die Augen zu.
<b>DK:</b>	Nein.	<b>IKM:</b>	Kontinent.		
<b>Atmosphäre:</b>	Angenehm.	<b>Bett (auch: höhenverstellbar)</b>	Seniorenbett.	<b>Wandschmuck/Bilder</b>	Vorhanden.
<b>Sauberkeit Zimmer / Nachtsiche / Hilfsmittel</b>	Sauber und ordentlich.	<b>Gerüche:</b>	Nein.	<b>Kleidung:</b>	Selbständig.
<b>Nasszelle / WC:</b>	Sauber .	<b>Mobiliar:</b>	Sauber und im guten Zustand.		
<b>Zufriedenheit:</b>					
<b>Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):</b>	Nachbarschaftliche Hilfe sehr gut vorhanden, Tochter wohnt in der Nähe von Berlin - kommt selten zu Besuch, hat genauen Tagesrhythmus.		<b>Essen:</b>	Achtet beim Essen sehr auf bewusste Ernährung, Frühstück normal und zwischendurch kleinere Mahlzeiten, wenig Obst, Gemüse nur Möhren.	
<b>Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des</b>	Nicht erwünscht.		<b>Pflegerische Versorgung:</b>	Patientin ist mit der pflegerischen Versorgung sehr zufrieden - Schw. Britta, es gibt keine Probleme, Patientin freut sich auf jeden Dienstag, alle sind so lieb.	
<b>Medizinische Versorgung:</b>	Taxi -siehe oben.		<b>Therapeutische Anwendungen:</b>	Werden derzeit nicht gewünscht.	
<b>Sollte etwas verbessert werden?</b>	Patientin fühlt sich sehr gut versorgt, Mitarbeiter kommen stets pünktlich.		<b>Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:</b>	Es ist so schön, dass es Menschen gibt die einem helfen.	
<b>Bewertung:</b>					
<b>Sollte etwas verbessert werden?</b>	Patientin ist sehr gut versorgt, z. Z. der Begutachtung kein Verbesserungspotenzial erkennbar.				
<b>Gesamteindruck / Bewertung:</b>	+ / -				



### 4.2.5 Patientin 5

Datum:	22.2.2018	Geb.Datum:	
Name, Vorname:		Bereich / Abteilung:	
Betreuung:	nein	Pflegestufe:	2
Derzeitige Situation:	Patientin möchte 100 werden, sie gibt an, dass es ihr gut geht, erhält täglich Mittagessen auf Rädern, 2x täglich Medikamente verabreichen durch den Pflegedienst; Körperpflege 1x wö. Duschen, 1x wö. Betreuung - je nach Wunsch - höchstens 30 Minuten durch Pflegedienst, geht viel auf den Balkon, liest gern, Spaziergänge in Begleitung, Einkäufe durch Kinder - 13 geboren 1 Kind im Alter von 8 Jahren verstorben, Absprachen laufen über den Sohn, Hausnotruf vorhanden - liegt auf dem Tisch.		
Medizinische Diagnosen:	Schwerhörig beidseits, leichte Demenz.		
<b>Aktueller Zustand / Umfeld:</b>			
Haare:	Haarpflege im Rahmn vom	Ohren:	Gepflegt.
Lippen:	Gepflegt, nicht trocken oder spröde.	Zähne:	Keine vorhanden, lehnt Prothese ab.
Zunge:	Blassrosa nicht belegt.	Achseln:	Gepflegt.
Finger / Fingernägel	Sauber und gepflegt, Fingernägel	Schulterblätter:	Gepflegt.
Bauchnabel:	Gepflegt.	Hüften:	Gepflegt.
Analgegend:	Laut Aussage gepflegt.	Leistenbereich:	Gepflegt.
Fuß/Ferse/Fußnägel:	Fußnägel laut Aussage selbständig; Enkelin hat Nagelstudio und	Zehenzwischenräume:	Laut Aussage der Patientin keine Auffälligkeiten.
Ernährungszustand:	Optisch gut.	PEG/Sondennahrung:	Nein.
Wunden:	k.B.	Orientierung:	Heute zum Tagesgeschehen orientiert.
DK:	k.B.	IKM:	Kontinent - Angaben der Patientin.
Atmosphäre:	Angenehm.	Bett (auch: höhenverstellbar)	Seniorenbett.
Sauberkeit Zimmer / Nachttische / Hilfsmittel	Sauber.	Gerüche:	Nein.
Nasszelle / WC:	k.B.	Mobiliar:	Vorhanden.
<b>Zufriedenheit:</b>			
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Patientin fühlt sich in ihrer Wohnung wohl, hat ihre Ruhe, möchte nicht einmal zu ihren Kindern - welche in Häuser leben, in Familie gut eingebunden.	Essen:	Täglich von Diakonie, kleine Mahlzeiten selbständig.
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des	Möchte Patientin derzeit nicht.	Pflegerische Versorgung:	Patientin fühlt sich gut versorgt, sie gibt an, was anderes nicht sagen zu können - sie würde sonst lügen.
Medizinische Versorgung:		Therapeutische Anwendungen:	
Sollte etwas verbessert werden?	Patientin ist mit allen Mitarbeitern zufrieden, diese sind freundlich und hilfsbereit; Mitarbeiter sind pünktlich.	Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	
<b>Bewertung:</b>			
Sollte etwas verbessert werden?	z.Zeitpunkt der Begutachtung kein Verbesserungspotenzial erkennbar.		
Gesamteindruck / Bewertung:	+ / -		

### 4.2.6 Patientin 6

<b>Datum:</b>	22.2.2018		<b>Geb.Datum:</b>		
<b>Name, Vorname:</b>			<b>Bereich / Abteilung:</b>		
<b>Betreuung:</b>	Generalvollmacht Ehemann		<b>Pflegegrad:</b>	3	
<b>Derzeitige Situation:</b>	Erhält Mo-Fr Große Körperpflege; 1 x wö. Medikamentenbox; 1 x wö. Unterstützung im Haushalt. (Parkinsonmedikamente stellt Ehemann)stellen .Hilfsmittel: Antidekubitusmatratze , Pflegebett, Rollator, Toilettenstuhl. Pflegebeginn 2012. Niedriger BMI mit 22, hat 2015 12 kg ? im KH abgenommen. Gewicht im letzten 1/4 Jahr stabil, wird 1 x wö. vom Pflegedienst gewogen. Läuft selbständig, teilweise mit Rollator. Ist lt. Aussage häufiger gestürzt, erkennt keine Ursache, "auf einmal liege ich". Keine Wunden derzeit lt. Aussage. Immer starke Schmerzen, ist in ärztlicher Behandlung, regelt Schmerztherapien selbständig, wünscht diesbezüglich keine Unterstützung durch den Pflegedienst.				
<b>Medizinische Diagnosen:</b>	Parkinson, Z.n. nach mehreren Wirbelsäulen -Ops. , Aufrichtungsspondylodese.				
<b>Aktueller Zustand / Umfeld:</b>					
<b>Haare:</b>	iO	<b>Ohren:</b>	iO	<b>Augen:</b>	k.B.
<b>Lippen:</b>	iO	<b>Zähne:</b>	iO	<b>Zahnfleisch:</b>	iO lt. Aussage
<b>Zunge:</b>	kB	<b>Achseln:</b>	k.B.	<b>Ellenbogen:</b>	k.B.
<b>Finger / Fingernägel</b>	Fußpflege durch Ehemann.	<b>Schulterblätter:</b>	k.B.	<b>Brust:</b>	k.B.
<b>Bauchnabel:</b>	k.B.	<b>Hüften:</b>	k.B.	<b>Gluteal / Sakral</b>	k.B.
<b>Analgegend:</b>	k.B.	<b>Leistenbereich:</b>	k.B.	<b>Intimbereich:</b>	k.B.
<b>Fuß/Ferse/Fußnägel:</b>	k.B.	<b>Zehenzwischenräume:</b>	k.B.	<b>Hautzustand:</b>	iO lt. Aussage
<b>Ernährungszustand:</b>	BMI 22; 1 x wö. Gewichtskontrolle erfolgt.	<b>PEG/Sondennahrung:</b>	t.n.z.	<b>ggf. Ödeme:</b>	
<b>Wunden:</b>	Derzeit keine.	<b>Orientierung:</b>	Voll orientiert.	<b>Schmerzen:</b>	Starken Schmerzen/ Rücken NRS Skala 8 in Ruhe und Bewegung. Regelt Schmerzmanagement lt. Aussage selbst.
<b>DK:</b>	t.n.z.	<b>IKM:</b>	k.B.		
<b>Atmosphäre:</b>	k.B.	<b>Bett (auch: höhenverstellbar)</b>	Pflegebett	<b>Wandschmuck/Bilder</b>	
<b>Sauberkeit Zimmer / Nachttische / Hilfsmittel</b>	k.B.	<b>Gerüche:</b>	keine	<b>Kleidung:</b>	Tageskleidung, sehr gepflegt.
<b>Nasszelle / WC:</b>	k.B.	<b>Mobiliar:</b>	k.B.		
<b>Zufriedenheit:</b>					
<b>Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):</b>	Lebt mit Ihrem Ehemann, Hund bereitet ihr Ablenkung und Freude.		<b>Essen:</b>	k.B.	
<b>Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Gottesdienstes):</b>	k.B.		<b>Pflegerische Versorgung:</b>	Fühlt sich sehr gut betreut von Pflegekräften. Es kommt ein überschaubarer Kreis.	
<b>Medizinische Versorgung:</b>	Hausarzt kommt bei Bedarf.		<b>Therapeutische Anwendungen:</b>	k.B.	
<b>Sollte etwas verbessert werden?</b>	Nein, alles zur Zufriedenheit.		<b>Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:</b>	Patientin empfindet die Pflegekräfte sehr empathisch.	
<b>Bewertung:</b>					
<b>Sollte etwas verbessert werden?</b>	Schmerzstärke nochmal erfragen, heute Angabe von NRS 8 in Ruhe und Bewegung. Lt. Schmerzeinschätzung GODO 8.1.18 NRS 1 in Ruhe und NRS 4 in Bewegung.				
<b>Gesamteindruck / Bewertung:</b>	Sehr gute Pflege. Patient fühlt sich gut versorgt.		+ / -		

### 4.2.7 Patient 7

Datum:	22.2.2018	Geb.Datum:	
Name, Vorname:		Bereich / Abteilung:	
Betreuung:	Vorsorgevollmacht	Pflegegrad:	2
Derzeitige Situation:	Seit kurzem (Januar 2018) in der ambulanten Betreuung durch den Pflegedienst, vorher stationäre Betreuung. Pflegedienst kommt 2 x tgl. zur Medikamentengabe und 1 x wö. zur großen Körperpflege. Bei Bedarf ergänzende Hilfe 1 x wö. 1 Stunde. Davor im eigenen Haus gewohnt, was er jetzt auch vermisst. Hilfsmittel Rollator und Hausnotruf wird genutzt.		
Medizinische Diagnosen:	Z.n. Schlaganfall		
<b>Aktueller Zustand / Umfeld:</b>			
Haare:	iO	Ohren:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	k.B.
Zunge:	k.B.	Achseln:	k.B.
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	k.B.
Bauchnabel:	k.B.	Hüften:	k.B.
Analgegend:	k.B.	Leistenbereich:	k.B.
Fuß/Ferse/Fußnägel:	k.B.	Zehenzwischenräume:	k.B.
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:	k.B.
Wunden:	k.B.	Orientierung:	Orientiert.
DK:	k.B.	IKM:	k.B.
Atmosphäre:	k.B.	Bett (auch: höhenverstellbar)	k.B.
Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel	k.B.	Gerüche:	k.B.
Nasszelle / WC:	k.B.	Mobiliar:	k.B.
<b>Zufriedenheit:</b>			
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Beschäftigt sich selbst. Ist viel gereist, erzählt gerne von seinen Reisen.	Essen:	
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Medizinische Versorgung:		Pflegerische Versorgung:	"Pflegedienst funktioniert gut." es kommen drei bis verschiedene Mitarbeiter.
Sollte etwas verbessert werden?	Wäsche funktioniert nicht, ist aber nicht vom Pflegedienst. Logopädie funktioniert gut. Ergotherapie klappt nicht, hat Vertrag aber keine Nummer.	Therapeutische Anwendungen:	
		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	
<b>Bewertung:</b>			
Sollte etwas verbessert werden?	Ggf. Entlastungsleistungen für Gespräche anbieten. Unterstützung bezüglich der Organisation Ergotherapie/Wäscheversorgung anbieten.		
Gesamteindruck / Bewertung:	Gewöhnt sich noch in seine neue Wohnsituation ein. Fühlt sich vom Pflegedienst gut betreut.	+ / -	

### 4.3 Überprüfung der Dokumentation

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

	Stammblatt	Anamnese / Biografiearbeit*	Pflegeplanung	Pflegeplanung innerhalb der vorgegebenen Frist erstellt?*	Pflegebericht	Leistungsnachweis / -dokumentation*	Dekubitusrisikoskala /-einschätzung*	Lagerungsprotokoll*	Betreuungsplanung und -nachweis	Wundprotokoll / -dokumentation*	Ernährungs- / Trinkprotokoll*	Sturzrisiko*	Förderung der Harnkontinenz*	Vitalzeichenkontrollblatt	Ärztliches Verordnungsblatt / Visitenprotokoll	Schmerzdokumentation	Medikamentenplan	Therapiedokumentation / Aktivierungsbogen	Seelsorge (Durchführungsnachweis / Dokumentation)*	Spirituelle Bedürfnisse des BW / Pat. dokumentiert (Anamnese)*	Überleitungsbogen	Leerstelle (zusätzliche Formulare KH / RK)	Ärztliches Verlaufsblatt	Therapeutisches Verlaufsblatt	Befunddokumentation	Vollständigkeit* / Anwendung*	Bewertung der Vollständigkeit und Schriftführung in Schulnoten	
1.	2	2	2	2	k.B.	2	2	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	2	2	k.B.	2	k.B.	2	k.B.	2	2	2	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
	<b>Grund der ambulanten Versorgung (Juni 2017):</b> Aufgrund fehlender Compliance bei der Bewältigung des täglichen Lebens wird die Ehefrau durch den Pflegedienst bei ausgewählten Handlungen unterstützt.																											
2.																												
	<b>Keine Dokumentationsprüfung.</b>																											
3.	2	2	2	2	2	2	2	t.n.z	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	2	2	t.n.z	0	t.n.z.	t.n.z	t.n.z	t.n.z	t.n.z.	2	k.B.	2	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	1,2
	<b>Bewertung:</b> Beratung 2014, aktuelle VO in die Dokumentation abheften - erledigt																											
4.	2	2	2	2	2	2	2	t.n.z	2	t.n.z.	t.n.z.	2	2	t.n.z	2	2	t.n.z	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	2	k.B.	t.n.z.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	1,0
	<b>Bewertung:</b> gute Dokumentation bei chronischen Schmerzen - Pat. lehnt das Führen eines Schmerzprotokolls ab - ist gut und fortlaufend dokumentiert, gute Beratungen bei Sturzrisiko, Obstipationsrisiko gut beschrieben																											
5.	2	2	2	2	2	0	2	t.n.z.	0	t.n.z.	t.n.z.	2	2	t.n.z.	2	2	2	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	2	k.B.	2	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	1,0
	<b>Bewertung:</b> Empfehlung Unterschrift und Stempel Med-pPlan																											

	Stamtblatt	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
6.	2	2	2	2	1	2	2	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	2	2	2	2	2	2	t.n.z.	t.n.z.	2	2	k.B.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	k.B.	1,1
	<p>Wird seit 2012 vom Pflegedienst betreut. Mehrere Wirbelsäulenoperationen und starke Schmerzen. Patientin regelt Schmerzmanagement selbst, dies geht aus der Pflegeplanung hervor. Risiken sind dokumentiert und Beratungen erfolgt.</p> <p>Pflegebericht: 18.1.18 Schmerzen nach Sturz dokumentiert, 19.1.18 Notiz, dass Pat. Zum Arzt will - Weiterverfolgung des Phänomens fehlt. H: Phänomene müssen abgeschlossen werden bzw. der weitere Verlauf nachvollziehbar sein.</p>																										
7.	2	2	2	2	2	2	2	t.n.z.	k.B.	t.n.z.	k.B.	2	t.n.z.	k.B.	2	t.n.z.	1	t.n.z.	t.n.z.	0	2	k.B.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	k.B.	1,2
	<p>Bedarfsmedikation fehlt Angabe bei welchen Schmerzen/Symptomen und Einzel- bzw. max. Tageshöchstdosis. H: Bedarfsmedikation muss präzisiert werden.</p> <p>E: Es sollte überlegt werden auf das Hygieneblatt zu verzichten, da der Nachweis (hier Duschen) aus der Planung hervorgeht.</p> <p>H: Die spirituellen Bedürfnisse müssen erfasst werden.</p> <p>Schrift ist teilweise nur schwer lesbar (Anamnese).</p>																										

## 5 Zusammenfassung

Die beiden Tage der Internen Revision im Pflegedienst Bethel Welzheim gestalteten sich sehr konstruktiv und waren von einer sehr kollegialen Atmosphäre geprägt. Alle befragten Mitarbeitenden waren sehr engagiert und kompetent. Sie trugen zu dem sehr guten Endergebnis bei.

Der Pflegedienst Bethel Welzheim betreut derzeit ca. 215 Menschen in sechs Ortschaften. Zur Koordination der Versorgung stehen dem Pflegedienst drei Büros zur Verfügung. Die Büros sind durch Hinweisschilder angezeigt und gut zu finden (Welzheim, Urbach). Alle begangenen Büroräume sind ordentlich, sehr gut gereinigt und verfügen über sehr aufgeräumte Arbeitsplätze. Alle Aushänge sind aktuell und relevant (z.B. Desinfektionsplan, Betriebsanweisungen, Fortbildungen, Qualitätsziele).

Das Qualitätsmanagementhandbuch (QMH) ist vollständig und übersichtlich aufgebaut. Alle Verfahrensanweisungen (VA) werden kontinuierlich auf Aktualität geprüft. Der risikobasierte Ansatz und der dazugehörige Prozess wird in der VA F 3.0 gut beschrieben und ist auf weiteren Dokumenten bereits erkennbar. Die in der VA hinterlegte Formel zur Errechnung des Risikopotentials muss auf Plausibilität geprüft werden.

Die Regelungen im QMH sind inhaltlich aussagekräftig und die Prozesskriterien gut beschrieben, können jedoch teilweise im Sinne der Aussagekraft gestrafft und die Ordnung der einzelnen Kriterien nachvollziehbarer gestaltet werden (z.B. F 3.3 Umgang mit Fehlern, Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen, K 1.7 Umgang mit Medikamenten und Betäubungsmitteln). Beschreibungen im Hygienehandbuch (Kapitel 5) können kürzer und verständlicher gefasst werden. Formulierungen müssen für die Mitarbeitenden eindeutig sein, deshalb muss in Verfahrensanweisungen nicht das Verb „sollte“ sondern „muss“ verwendet werden (z.B. Hygieneplan Kapitel 5, MRSA).

Bezüglich der Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien muss darauf geachtet werden, diese nicht zu vermischen, so sollten unter der Struktur keine Prozesse oder Ergebnisse beschrieben werden (z.B. F 3.3. Umgang mit Fehlern, Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen). Kriterien des Diakonie-Siegels Pflege müssen nicht wiederholt, sondern in den VA prozesshaft beschrieben werden (z.B. F 2.2 Personalakquise, Beginn und Beendigung des Arbeitsverhältnisses – Beendigung des Arbeitsverhältnisses).

Ein Ergebnis der Internen Revision in einer anderen Einrichtung des Diakoniewerkes Bethel vor zwei Wochen wurde bereits umgesetzt, beispielsweise durch die Überarbeitung der Regelung zum Arbeitsschutz (F 4.2).

Alle Expertenstandards sind implementiert und auf die im Pflegedienst verwendeten Dokumente zugespitzt.

In der Managementbewertung 2017 wird eine, im Vergleich zu anderen Betrieben im Konzern, niedrige Anzahl an Kurzzeiterkrankungen (Kurzzeiterkrankungen 1-3 Tage, 2017) beschrieben. Die Zufriedenheit der Mitarbeitenden hat sich 2017 gegenüber dem Vorjahr deutlich verbessert. Diese Werte weisen auf eine engagierte, kompetente und an den Mitarbeitenden orientierten Leitung im Pflegedienst hin.

Alle Kennzahlen sind in der Managementbewertung gut dargestellt. Einige Bewertungen (z.B. „Ausscheiden mit Bedauern“, „Lieferantenbewertung“) sind nicht aussagekräftig, sondern beschreiben diese lediglich nochmals in Worten. Hier muss zukünftig die Einrichtung die Interpretation der Ergebnisse vertiefen, um daraus konkrete messbare Ziele und Maßnahmen abzuleiten.

Eine Einweisung in die Medizinprodukte erfolgt nachweislich (hier: Einweisung in einen Pleura-Katheter 10/2017). Die Überprüfung der Messgenauigkeit der BZ-Geräte erfolgt derzeit nicht durchgängig konsequent. An einem Standort konnte der Nachweis nicht erbracht werden, es fehlten auf den Checklisten zum Teil die Gerätenummern und das einwöchige Prüfintervall war lückenhaft.

Alle Mitarbeitenden sind mit einer Tourentasche und Dienstkleidung sehr gut ausgerüstet. Insbesondere die Tourentaschen gefielen den Auditoren.

Wie alle Beteleinrichtungen, führt auch der Pflegedienst bis Ende 2018 das Konzept der „Strukturierte Informationssammlung“ ein. Das Projekt läuft derzeit an und eine Projektplanung liegt vor.

Auszubildende lernen den Pflegedienst im Rahmen ihrer drei- bis achtwöchigen Praxiseinsätze kennen. Eine sehr engagierte und kompetente Praxisanleiterin begleitet die Auszubildenden und führt Zwischen- und Abschlussgespräche mit ihnen durch. Mit drei Pflegeschulen bestehen Kooperationen. Ein Praxisanleitertreffen findet einmal jährlich in den Schulen statt.

Der regelmäßige Kontakt mit den Ausbildungszentren für die Praxisanleiterin sollte sichergestellt werden.

Eine gerontopsychiatrische Fachkraft organisiert einmal wöchentlich fachlich sehr kompetent und äußerst engagiert die Demenzgruppe mit derzeit acht Gästen. Fünf freiwillig Engagierte Mitarbeitende ermöglichen die Betreuung der Gruppe. Bereits seit 20 Jahren stellt diese Demenzgruppe ein niederschwelliges Unterstützungsangebot in Welzheim dar.

Die Patientenversorgung ist weiterhin auf einem stabilen und sehr hohen Niveau. Alle besuchten Patienten und Patientinnen bestätigten die sehr gute Versorgung. Aus pflegerischer Sicht der Auditoren wurden alle begutachteten Patienten und Patientinnen auftragsgemäß und umfassend versorgt.

Die Vorstellung der Betreuten durch die Fachkräfte war strukturiert und mit der Dokumentation deckungsgleich. Risiken wurden gut beschrieben, wie z.B. das Obstipationsrisiko.

Die Pflegedokumentation ist derzeit fast vollständig papiergestützt. Die Einrichtung sollte die Nutzung digitaler Dokumente über Medifox prüfen und die papiergestützten Dokumente reduzieren.

Bei Veränderungen des Zustandes – hier: die Wundversorgung – muss die Versorgung angepasst und eine ärztliche Verordnung angefordert werden.

Evaluationen von Pflegeplanungen und Risiken erfolgen derzeit in festen, meist ¼-jährlichen Intervallen. Die Einrichtung sollte prüfen, ob die Notwendigkeit dieser teilweise sehr engmaschigen und starren Evaluationszyklen gegeben ist, oder ob die Intervalle gestreckt bzw. zunehmend individuell geplant werden können und als feste Intervalle beispielsweise nur noch einmal jährlich im Rahmen der Pflegevisiten vorgegeben werden.

Beratungen finden nachweislich und umfassend statt. Es muss bei den Beratungen, gemäß dem Verlauf auf eine aktuelle Dokumentation geachtet werden.



Die überwiegend sehr guten Ergebnisse spiegeln sich in folgenden Einzelbenotungen wider:

UB/AF	Vor-Ort-Prüftermine	Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung (PD: nur Orientierung)			Ordnung, Sauberkeit, Hygiene			Konzepte und Standards			Pflegerisches / ärztliches / therapeutisches Management			Ergebnisqualität: (Pflege-)Zustand der BW / Pat.			Ergebnisqualität: Dokumentation			Durchschnitt (Pflegezustand doppelt gewichtet)		
		16	17	18	16	17	18	16	17	18	16	17	18	16	17	18	16	17	18	16	17	18
<b>PDWE</b>	21.02.-22.02.2018	1	1	1	1	1	1	2	2	2 +	1-2	1-2	1 -	1 -	1 -	1	1-2	1-2	1 -	1,3	1,3	1,1

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

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

Berlin, 06.03.2018

Andreas Dietel, Henrike Zander

## Anhang 1

### Revisionsplan: Interne Revision in Medizin und Pflege, Pflegedienst Bethel Welzheim (PDWE), 21.02. – 22.02.2018

<p><b>Allgemeines:</b></p>	<p><b>Auditoren:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frau Schröder, PDBE</li> <li>- Frau Zander, SMG</li> <li>- Herr Dietel, SMG</li> </ul> <p><b>Gesprächspartner:</b> (Haupt-) Geschäftsführer und Vertretungen, zusätzliche Gesprächspartner nach Absprache (siehe unten).</p> <p><b>Dauer</b> der Revision: 9.00 – 17.00 Uhr</p> <p><b>Medien / Vorbereitung:</b> Bitte ein am Netzwerk angeschlossenes Laptop und einen Beamer im Besprechungsraum aufstellen. Das QM-Handbuch muss über Beamer und Laptop während der gesamten Zeit eingesehen werden können. Ggf. muss auch der Einblick in bereits (papiergestützte) archivierte Unterlagen ermöglicht werden (z.B. Pflegevisiten- / Fallbesprechungsprotokolle, Auditprotokolle).</p> <p>Alle Auditoren werden im Verlauf der Internen Revision des zweiten Tages Betreute der Unternehmensbeteiligung besuchen. Die <b>sechs bis zwölf Betreuten</b> werden am Morgen des ersten Tages als Zufallsstichprobe ausgewählt (bspw. mit FeM, Risikofaktoren, Soziale Betreuung, Veränderungen seit Übernahme der Pflege – Anpassung der Planungen und Maßnahmen). Darüber hinaus wird eine Stichprobe gezogen, für die die Akten zum Nachmittag des ersten Tages (siehe 15.20 – 16.25 Uhr) ins Büro gebracht werden, damit die Auditoren eine Dokumentationsvisite vornehmen können.</p>
<p><b>1. Tag:</b></p>	<p><b>Darstellung der Unternehmensbeteiligung anhand der ausgewählten Kriterien des Prüfkataloges / Nachweisdokumente / Dokumentationsvisiten / Audits</b></p> <p><b>9.00 – 9.10 Uhr</b>  <b>Auswahl der Stichproben</b> aus der Gesamtanzahl der Betreuten (→ <b>Einverständniserklärungen</b>)</p> <p><b>9.10 – 9.20 Uhr</b>  <b>Gesetzliche Rahmenbedingungen / Aktuelle Themen</b>  <b>Unterlagen: Aktuelle Managementbewertung 2018</b>  <b>Beteiligte: HG / GF / PDL / stv. PDL / QMB</b> sowie weitere Gesprächspartner, die die Einrichtung auswählt. Bitte tragen Sie die Namen der Mitarbeitenden und deren Funktionen ein, ergänzen ggf. Personen, die Sie gerne bei einem Thema hinzuziehen möchten und geben Sie uns den Revisionsplan am Morgen des ersten Tages zurück bzw. übersenden die Datei an Herrn Dietel.</p> <p><b>9.20 – 11.25 Uhr</b>  <b>Schwerpunktthema Risikobasierter Ansatz<sup>5</sup> – Audits</b>  <b>Unterlagen / Medien:</b> Auditergebnisse – Protokolle im Intranet / papiergestützt, Maßnahmenpläne, Leitungsbesprechungsprotokolle, Teambesprechungsprotokolle etc.  <b>Schwerpunkte:</b> Arbeits-, Sicherheitsaudits (z.B. Begehungen, sicherheitstechnische / messtechnische Kontrollen), Gefährdungsbeurteilungen, Hygieneaudits, Pflegevisiten (Protokolle, Ergebnisse), Umsetzung Expertenstandards, Mitarbeitervisiten, Systemaudits, Datenschutzaudits, Notfallauswertung, Fahrzeugmanagement, Fehler- und Beschwerdemanagement, Fluktuationsrate, Wirksamkeitsprüfung nach Maßnahmenumsetzung  <b>Beteiligte:</b> HG, PDL, QMB, Sicherheitsbeauftragte, Hygienebeauftragte, Auditoren / Visitierende, Datenschutzbeauftragte</p>

<sup>5</sup> Vgl. Qualitätsmanagementbericht des DwB in der aktuellen Form

	<p><b>11.35 – 12.30 Uhr</b>  <b>Weitere Schwerpunktthemen 2018</b>  <b>Unterlagen / Medien:</b> QM-Handbuch im Intranet, Flyer, Protokolle etc.  <b>Schwerpunkte: Fachlichkeit der Mitarbeitenden</b> - Fort- und Weiterbildungsmanagement / Ausbildung (Zusammenarbeit mit den Ausbildungsstätten: Vermittlung der Nationalen Expertenstandards, Pflegeprozess), Teilnahmeauswertung, Wirksamkeitsprüfung, Registrierung beruflich Pfleger – Zertifizierung des internen Fortbildungsprogrammes, Einarbeitung neuer Mitarbeitender, Mitarbeitergespräche  <b>Beteiligte:</b> HG, PDL, QB, Fortbildungsbeauftragter, Praxisanleiter und <b>Auszubildender/-e</b> sowie ggf. weitere Gesprächspartner.</p> <p><b>12.30 – 13.15 Uhr Mittagspause</b></p> <p><b>13.20 – 14.20 Uhr</b>  <b>Ausgewählte Prozessschritte</b>  <b>Unterlagen / Medien:</b> Intranet und Vor-Ort-Arbeitsplätze  <b>Schwerpunkte:</b> Von der Aufnahme bis zur Entlassung – Pflegedienstleitung / stellv. Pflegedienstleitung (Erstkontakte, Erstgespräche, Beratungsgespräche, Risikoerfassung, Beratungseinsätze § 37 SGB XI, Verhinderungspflege, Tourenplanung, Begleitung und Organisation freiwillig Engagierter), Hauswirtschaft, Ernährung, Zusammenarbeit mit Hospizen  <b>Beteiligte:</b> HG, PDL, QMB, und weitere Mitarbeitende.</p> <p><b>14.25 – 15.15 Uhr</b>  <b>Pflegedokumentation / Standards / Einführung der SIS</b>  <b>Unterlagen / Medien:</b> Medifox, papiergestützte bzw. elektronische Dokumentation, Pflegestandards / Nationale Expertenstandards  <b>Schwerpunkte:</b> aktuelle Pflegedokumentation, Pflegestandards, <b>Umsetzung des Konzeptes SIS</b> – Projektplanung, weiteres Vorgehen  <b>Beteiligte:</b> HG, PDL, QB, und weitere Mitarbeitende</p> <p><b>15.20 – 16.25 Uhr</b>  <b>Dokumentationsvisite</b>  <b>Unterlagen:</b> Pflegedokumentationen  <b>Schwerpunkte:</b> Zufälliges stichprobenartiges Ziehen von Patientenakten – Bewertung der Dokumentation durch Erläuterung der Dokumentation durch die Bezugspflegekräfte – Themen bspw. "Pflegerische" Risiken - Sturz, Dekubitus, Ernährung, Wunden, Kontinenz, Schmerz, (Mobilität)  <b>Beteiligte:</b> Ergibt sich nach Bedarf</p> <p><b>16.30 – 16.45 Uhr</b>  <b>Auditorenzeit:</b> Abstimmung / Durchsicht von Nachweisen, des Maßnahmenplans mit stichprobenartiger Kontrolle der Umsetzungen der Empfehlungen / Hinweise des letzten Revisionsberichtes / des Zertifizierungsberichtes.</p> <p><b>16.50 – 17.00 Uhr</b>  <b>Zwischenergebnis Tag 1</b></p>
<p><b>2. Tag</b></p>	<p><b>Inaugenscheinnahme ausgewählter Betreuer / Dokumentationsvisite / Nachweisdokumente / Begehungen</b></p> <p><b>9.00 – 9.15 Uhr</b>  <b>Klärung von Fragen / Ausblick auf den Tag</b>  <b>Beteiligte:</b> HG / GF / PDL / ggf. stv. PDL / QMB.</p> <p><b>9.20 – 12.00 Uhr</b>  <b>Besuch und Inaugenscheinnahme ausgewählter Betreuer (→ Einverständniserklärung)</b></p>

**12.05 – 12.25 Uhr**

**Auditorenzeit:** Abstimmung / Durchsicht von Nachweisen usw.

**12.30 – 13.15 Uhr Mittagspause**

**13.20 – 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 Teilnehmenden und Interessierten / Rückmeldung an die Auditoren

---

A. Dietel

Geschäftsführer Produkte