

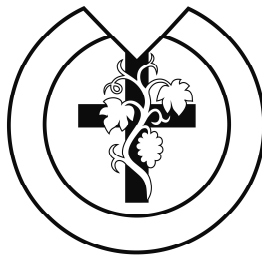
Scheve Management
Geschäftsbereich Produkte

Geriatrische Reha-Klinik Bethel Welzheim:
Interne Revision in Medizin und Pflege
vom 08.05.-09.05.2018

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

Bericht im Auftrag des Gesellschafters

Auditorengruppe:
Andreas Dietel, Henrike Zander



NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Inhalt

1	EINLEITUNG.....	1
1.1	METHODIK DER INTERNEN REVISION IN MEDIZIN UND PFLEGE DES DIAKONIEWERKES BETHEL	1
1.1.1	<i>Die Interne Revision in Medizin und Pflege als Instrument der Qualitätssicherung und -entwicklung.....</i>	1
1.1.2	<i>Der nächste Schritt: die Überprüfung der Qualitätsmanagementsysteme durch externe Gutachter und die Zertifizierung der Einrichtungen</i>	2
1.1.3	<i>Ausblick.....</i>	2
1.2	KRITERIENAUSWAHL	3
2	ALLGEMEINE ANGABEN ZUR EINRICHTUNG.....	5
3	PRÜFKATALOG DIAKONIE-SIEGEL PFLEGE, VERSION 3.....	9
3.1	MAßNAHMENPLAN.....	9
3.2	FÜHRUNGSPROZESSE	9
3.2.1	<i>Führung, Politik und Strategie.....</i>	9
3.2.2	<i>Personal.....</i>	10
3.2.3	<i>Qualitätsmanagementsystem.....</i>	13
3.2.4	<i>Sicherheit.....</i>	14
3.3	KERNPROZESSE	17
3.3.1	<i>Pflege.....</i>	17
3.3.2	<i>Beratung und Betreuung.....</i>	20
4	BEGUTACHTUNGEN	21
4.1	BEGUTACHTUNGEN VON STATIONEN	21
4.1.1	<i>Station 1</i>	21
4.1.2	<i>Station 2.....</i>	24
4.2	BEGUTACHTUNGEN VON REHABILITANDEN	27
4.2.1	<i>Rehabilitand 1</i>	27
4.2.2	<i>Rehabilitand 2</i>	28
4.2.3	<i>Rehabilitand 3.....</i>	29
4.2.4	<i>Rehabilitand 4</i>	30

4.2.5	<i>Rehabilitand 5</i>	31
4.2.6	<i>Rehabilitand 6</i>	32
4.2.7	<i>Rehabilitand 7</i>	33
4.3	ÜBERPRÜFUNG DER DOKUMENTATION	34
5	ZUSAMMENFASSUNG	36
	ANHANG	40

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 / M-KIS	Elektronisches Krankenhausinformationssystem der Fa. Meierhofer
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
Med. GF	Medizinischer Geschäftsführer
MRSA	„Methicillin-resistent Staphylococcus aureus“
N	Nachweis
NES	Nationale Expertenstandards des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)
NT	Neues Testament
ORIS	
P	PDCA - Plan-Schritt
Pat.	Patient
PDBE	Pflegedienst Bethel Berlin
PDCA-Zyklus	‚Plan-Do-Check-Act‘-Zyklus, steht für die Planungsschritte (Plan), Durchführungsschritte (Do), Überprüfungs- (Check) und Anpassungsschritte (Act) innerhalb eines Gesamtprozesses
PDL	Pflegedienstleitung

PDOE	Pflegedienst Bethel Bad Oeynhausen
PDWE	Pflegedienst Bethel Welzheim
PEG	Perkutane endoskopische Gastrostomie
QB	Qualitätsmanagementbeauftragte
QM	Qualitätsmanagement
QMH	Qualitätsmanagementhandbuch
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 Rocci
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 Bewohnerinnen und Bewohnern und Patientinnen und Patienten, die Begutachtung der Bewohner-/Patientenakte¹ sowie des Qualitätsmanagementhandbuchs und seiner Regelungen. Die Ergebnisse werden abschließend von den Auditoren vorgestellt und anschließend in Form des vorliegenden Berichtes an die Führungskräfte der Einrichtungen versandt.

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

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

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

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

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

Für das Krankenhaus Bethel Berlin und die beiden Geriatrischen Rehabilitationskliniken in Trossingen und Welzheim entschied sich der Gesellschafter für die Zertifizierung nach KTQ® (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen), für die Seniorenzentren und Pflegedienste des 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 Betreuten sowie der Ergebnisqualität: Dokumentation – die sich an den geltenden Katalogen des MDK und der HA orientierten. Darüber hinaus wurden bethelspezifische Besonderheiten und Ansprüche abgefragt.

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

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

Aufgrund der seit Jahren stabilen Ergebnisse auf hohem Niveau (vergleiche die Qualitätsberichte des Konzerns der letzten Jahre unter http://www.bethelnet.de/index2.php?site=ueberuns_qualitaetsentwicklung) wurden ab 2012 verstärkt ausgewählte Bereiche und Schwerpunkte der Einrichtungen geprüft sowie Stichproben gezogen. Bereiche, die in den Vorjahren bereits sehr gut aufgestellt waren, werden in 2013 nicht mehr geprüft sondern deren Bewertungen aus dem Vorjahr übernommen und zusammen mit denen des laufenden Jahres zur Gesamtnote aggregiert (siehe Kapitel 5).

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

begangenen Einrichtungen sicherzustellen, wird die Auditorengruppe in der Regel von zwei auf drei Auditoren aufgestockt.

Im folgenden Kapitel werden die Strukturdaten der Einrichtungen dargestellt.

2 Allgemeine Angaben zur Einrichtung

Datum der Prüfung	von: 08.05.2018	bis: 09.05.2018
--------------------------	-----------------	-----------------

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 Zander, SMG	
Gesprächspartner der Einrichtung:	
1. Herr Bader, HGF	
2. Frau Brenner, GF PDL	
3. Herr Dr. Mavberg, GF ÄL	
4. Frau Toktas, stv. PDL OPL	
5. Frau Wolff, QMB	
6. Herr Rehlinger, OPL Arbeitssicherheitsbeauftragter	
7. Frau Mann-Bareiß, Hygienebeauftragte	
8. Frau Britsch, Datenschutzbeauftragte	
9. Frau Pill, ATL Arztsekretariat	
10. Frau Heubach, ATL Ergotherapie	
11. Frau Hofmann, ATL Physiotherapie	

Wann wurde die Einrichtung zuletzt von anderen Qualitätsprüfungsinstitutionen besucht	
Rezertifizierung nach KTQ 2016	

Name und Träger der Einrichtung sowie verantwortliche Personen mit Angabe der Qualifikationen:	
Name der Einrichtung:	Geriatrische Reha-Klinik Bethel Welzheim
Gesellschafter:	Diakoniewerk Bethel gemeinnützige GmbH
HG:	Herr Bader
PDL / Geschäftsführerin:	Frau Brenner
Stv. PDL:	Frau Toktas
QMB:	Frau Wolff

Seit wann besteht die Einrichtung?

1975

Welche Zusatzleistungen / Spezialisierungen werden von der Einrichtung angeboten?

- 1. Betriebl. Gesundheitsmanagement
- 2. Angehörigenschule
- 3. Hausärztliche Praxis im Haus

Art der Einrichtung und Versorgungssituation

Bettenanzahl: 70 Betten
 Aktuelle Belegung: 66
 Auslastung in %: 97, 14%

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

		Monat Mai
a.	Wachkoma	0
b.	Beatmungspflicht	0
d.	Dekubitus	3
c.	Blasenkatheter	1
e.	PEG-Sonde	0
f.	Fixierung	0
g.	Kontraktur	0
h.	Vollständige Immobilität	13
i.	Tracheostoma	0
j.	MRSA	0
k.	Diabetes Mellitus	11

Struktur der Wohn- und Pflegebereiche / Stationen

Wohnbereich	geht über Ebenen		Anzahl Wohnplätze / Betten				davon nach SGB XI eingestuft in Pflegegrade				
	1	>1	1	2	3	>3	Belegung /	1	2	3	4
Station 1	x		1	16	2						
Station 2	x		1	15	2						
Gesamt:			37				0	0	0	0	0

Folgende Ausstattung ist vorhanden (ja/nein):

	ja	nein
stufenloser Eingang	x	
Aufzüge mit für Rollstuhlfahrer	x	
Handläufe in den Fluren bds.	x	
Haltegriffe im Sanitärbereich	x	
Behindertengerechtes Bad und	x Toilette	x Bad
Fäkalienspüle auf jeder Etage	x	
intakte und erreichbare Rufanlage	x	
höhenverstellbare Pflegebetten	x	
rutschfester Fußboden	x	
Nachtbeleuchtung	x	
allg. Orientierungshilfen	x	

Zusammensetzung Pflegepersonal

Qualifikationen	Vollzeit		Teilzeit		Gesamt-	Geringf. Beschäftigte	
	Anzahl MA	Stunden	Anzahl MA	Stunden		Anzahl MA	Stunden
Krankenschwestern	3,00	120,00	5,03	75,45	195,45	1,07	
Altenpfleger/-innen	6,00	240,00	3,25	48,75	288,75	0,33	
Pflegehilfskräfte ohne	5,00	200,00	3,35	50,25	250,25	0,00	
Pflegehilfskräfte mit	2,00	80,00	0,91	13,65	93,65	0,18	
Auszubildende		0,00		0,00	0,00		
Gesamt:	16,00	640,00	12,54	188,10	828,10	1,58	0,00

3 Prüfkatalog Diakonie-Siegel Pflege, Version 3²

3.1 Maßnahmenplan

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

3.2 Führungsprozesse

3.2.1 Führung, Politik und Strategie

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
KTQ: 6.1.2 VA Verfahren zur Entwicklung , Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen (1.1); 6.1.2-1 VA zur einheitlichen Erstellung der Managementbewertung (1.0); DSP: F 1.5 Managementbewertung	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
<p>F: Die Kodas-Auswertung ist in der Managementbewertung enthalten: Barthel-Index – im Schnitt weisen die Rehabilitanden der RKWE einen niedrigeren Barthel-Index aus, als der Landesdurchschnitt. Die Verbesserung des Indexes zur Entlassung ist genauso gut, wie die Steigerung des Indexes im Landesdurchschnitt.</p> <p>F: In letzter Zeit werden mehr Rehabilitanden aufgenommen, die sich in der Endphase ihres Lebens befinden. Eine Ärztin nimmt aktuell an der Weiterbildung „Palliativmedizin“ teil.</p> <p>F: Die Auslastung steigt seit 2009 kontinuierlich an und lag 2017 bei sehr guten 100%.</p> <p>F: Die Fluktuation im Personalbereich lag 2017 im zweiten Jahr in Folge bei 0%.</p> <p>F: Die Gesamtzufriedenheit der Rehabilitanden ist 2017 leicht gesunken und lag bei 2,23 (2016: 1,95). Die Weiterempfehlung der Einrichtung ist mit 83% weiterhin sehr hoch.</p> <p>N: Managementbewertung 2017</p>	

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

3.2.2 Personal

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
KTQ: 2.1.1 VA Bereitstellung qualifiziertes Personal (1); 2.1.1-1 VA Personalakquise (3.1); 2.1.1-2 VA Risiko mangelnde Qualifikation (1.2) DSP: Stellenplan	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Grundlage der Personalplanung ist laut Verfahrensanweisung 2.1.1 die Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Geriatrie (BAG).	
F: Die Fachkraftquote in der Pflege und die Facharztquote wurden entsprechend der o.g. Empfehlungen festgelegt. Die Durchdringung des Bobath-Konzeptes unter Therapeuten soll bei 70% liegen.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
KTQ: 2.1 Personalplanung; DSP: F 2.2 Personalakquise, Beginn und Beendigung des Arbeitsverhältnisses	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die Rückmeldungen der Mitarbeitenden werden bereits während der Einarbeitungszeit dokumentiert. F: Aspekte, die für Mitarbeitende hervorgehoben werden, sind bspw. die Interdisziplinarität, das Arbeitsklima. F: Dienstzeiten / Arbeitszeitmodelle werden häufig thematisiert (Pflegedienst). Die Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen lässt die Mitarbeitenden "stressresistenter" erscheinen.	
F: Die Verfahrensanweisung (VA) weist einen anderen Aufbau bezüglich des Layouts und der Strukturierung auf als andere VA, so wird hier auf eine Gliederung nach Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität verzichtet.	E: Alle Verfahrensanweisungen sollten dem gleichen Aufbau folgen.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
KTQ: 2.2.2 Festlegung der Qualifikation (2.1); DSP: F 2.5 Stellen- und Aufgabenbeschreibung, 2.2.2.30 STB Psychologe_1_2ÄL, 2.2.2.7 STB Ungelernte Pflege-MA _PH_1_1PDL, 2.2.2.21 STB Ergotherapeut_1_2ÄL, 2.2.2.59 Küche MA einfache Tätigkeit_1_2HG; 2.2.2.4 Stellenbeschreibung Pflegefachkraft (2.1); 2.2.2.16 Stellenbeschreibung Assistenzarzt (1.2)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Laut vorliegender Verfahrensanweisung werden die Stellenbeschreibungen zweimal jährlich oder bei Bedarf aktualisiert. F: Die angestrebte Fortbildungsquote liegt bei 1 %. F: Der Weiterbildungsbedarf wird jährlich in Absprache mit den Abteilungsleitern ermittelt.	E: Die Einrichtung sollte prüfen, ob das Zeitintervall notwendig und umsetzbar ist, oder ggf. ausgeweitet werden könnte.
N: lt. Managementbewertung 2017: Fortbildungsquote 1,43	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
KTQ: 2.3.3. Einarbeitung neuer Mitarbeiter; 2.3.3.21 Einarbeitungscheckliste APKS_1_2PDL, 2.3.3.41 Tagesablauf Pflege nachmittags + Kurvenzeiten_4_0PF, 2.3.3.61 Dienstanweisung Pausenregelungen_1_1HG, 2.3.3.20 Einarbeitungscheckliste Allgemein_1_2HG; DSP: F 2.6 Einarbeitung neuer Mitarbeiter	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Neuen Mitarbeitenden werden feste Ansprechpartner / Mentoren zur Begleitung benannt. Es finden in der Einarbeitungsphase insgesamt drei Mitarbeitergespräche mit einer Probezeitbewertung statt. So können zeitnah Probleme ausgeräumt werden, um eine Fluktuation zu vermeiden. F: Eine Checkliste bezüglich der zur Einarbeitung notwendigen Dokumente und Dokumentationen wird vorgehalten	
F: Die Probezeitbewertungsgespräche werden dokumentiert. Wo ggf. dazu abgeleitete Maßnahmen, z.B. Fortbildungsbedarf, festgehalten wird geht aus dem Formular und der Verfahrensanweisung nicht hervor.	E: Die Gesprächsprotokolle sollten Platz zur Maßnahmenfestlegung und Verfolgung bieten.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
KTQ: 2.2.6 Sicherstellung des Lernerfolges, 2.2.6 VA Sicherstellung des Lernerfolges in einer angegliederten Ausbildungsstätte; DSP: F 2.7 Ausbildung	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die RKWE bietet Praxiseinsätze für Auszubildende in der Pflege und Physiotherapie an. Praxisanleiter werden vorgehalten, diese halten Kontakt zu den Ausbildungsstätten. Für Assistenzärzte bestehen Weiterbildungsmöglichkeiten im Bereich Innere Medizin, Geriatrie und Homöopathie.	E: Die Verfahrensanweisung sollte Aussagen zu der Planung von Praxisanleiterzeiten, zu Reflexions- bzw. Feedbackgesprächen und zur Dokumentation der praktischen Ausbildung enthalten.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
KTQ: 2.2.3 VA Fort- und Weiterbildung (1.0); 2.2.3_1 UP VA Fort- und Weiterbildung (4.1) ; 2.2.3.6 Fortbildungsbewertung (4.6); 2.2.4 VA Finanzierung der Fort- und Weiterbildung (1.1); 2.2.5 VA Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien (2.0); 2.2.5.1 Literaturliste (5.0); 2.2.7 VA Wissenselbsttest / E-Learning (1.0) ; 2.2.7.1 Wissenstest Medikamentengabe (1.1) DSP: F 2.8 Fort- und Weiterbildung	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
<p>F: Der Fortbildungsplan wird zum 01.12. des Vorjahres veröffentlicht und enthält Wahl- und Pflichtfortbildungen. Die Abteilungsleitungen überwachen die Teilnahme an den Fortbildungen (VA 2.2.3_1). Der Prozess der Fort- und Weiterbildung wird in zwei Verfahrensanweisungen beschrieben, was die Darstellung des Prozesses erschwert.</p> <p>F: Ein Budget wird jährlich neu, nach Bedarf, durch die Geschäftsführung festgelegt. Alle notwendigen Fortbildungen werden finanziert.</p> <p>F: In der Literaturliste sind viele ältere Ausgaben aufgeführt, z.B. Pflorgetechniken von a-z 3. Auflage, Arbeitszeitgesetz Beck Texte von 1995. Expertenstandards sind in der Liste nicht aufgeführt.</p> <p>F: Zur Stärkung der Fachlichkeit und zur Förderung des eigenverantwortlichen Lernens hat die RKWE seit diesem Jahr Wissenselbsttest eingeführt.</p> <p>N: Managementbewertung 2017 - Weiterbildungsquote 1,43</p>	<p>E: Es sollte geprüft werden, ob die beiden Verfahrensanweisungen 2.2.3 und 2.2.3_1 zusammengeführt werden können.</p> <p>H: Die Literaturliste muss hinsichtlich der Aktualität geprüft werden. Expertenstandards sollten vorgehalten werden.</p>
<p>F: Der Fortbildungsplan ist im Rahmen der „Registrierung beruflich Pflegender“ registriert. Insgesamt sind in der RKWE ca. 50% der Pflegefachkräfte registriert.</p> <p>F: Die RKWE wird perspektivisch auch offene Fortbildungsangebote für Ärzte anbieten.</p>	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
KTQ: 2.2.1 VA Systematische Personalentwicklung (1.1), 2.2.1_1 UP VA Förderung aufstiegsinteressierter Mitarbeiter (1), 2.3.1.10 Einladung Mitarbeiterentwicklungsgespräch (Stand: 06.04.17); 2.3.1.11 Mitarbeiterentwicklungsgespräch - Gesprächsbogen (2.2)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
<p>F: Die Verantwortlichkeiten sind in der Verfahrensanweisung sehr gut dargestellt.</p> <p>F: Mitarbeitergespräche werden drei Mal innerhalb der Einarbeitungszeit und danach aller zwei Jahre geführt. (lt. 2.2.1-1 VA Förderung aufstiegsinteressierter Mitarbeiter - finden jährlich Gespräche statt)</p> <p>N: Managementbewertung 2017: Mitarbeitergespräche geplant: 33 / durchgeführt: 32</p>	<p>E: Die Einrichtung sollte prüfen, die Mitarbeitergespräche jährlich zu führen. So könnten die Mitarbeitenden zum einen in die Zielerreichung/-umsetzung eingebunden werden und zum anderen könnten kurzfristig Lob und Kritik von beiden Seiten geäußert werden - ein Feedback ist für beide Seiten gegeben.</p>
<p>F: Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung und der Mitarbeitergespräche korrelieren.</p> <p>F: Von Ärzten als positiv bewertet werden: Arbeitsklima, therapeutische Freiheit, stark interdisziplinäre Ansatz, fachliche interdisziplinäre Austausch. Von Pflege positiv bewertet werden: Berücksichtigung der Dienstzeitenwünsche, frühzeitige Urlaubsplanung, Ermöglichung von Dienstaustausch, Arbeitsklima, Arbeitsbedingungen (d.h. keine Langzeitpflege von schwierigen Patienten, wenig Sterbefälle). Therapeuten: interdisziplinäre Zusammenarbeit</p>	

3.2.3 Qualitätsmanagementsystem

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
KTQ: 4.1.1_1 UP VA Archivierung (1.0); 4.2.4.6 Aufbewahrungsfristen DSP: F 3.2 Lenkung von Dokumenten und Aufzeichnungen	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die Aufbewahrungsfristen werden nach dem Handelsgesetzbuch und Abgabenordnung geregelt, personenbezogene Daten werden pauschal 30 Jahre archiviert. Wie lange Pflegestandards, die Dokumentation im Bereich des Qualitätsmanagements aufbewahrt werden geht aus einer weiteren VA hervor. Die VA 4.2.4.6 greift auch Aufbewahrungsfristen auf und hat differenziertere / andere Angaben.	E: Die Einrichtung sollte die Aufbewahrungsfristen nochmals prüfen, gerade im Hinblick der DSGVO und der im QMH sehr allgemeinen Formulierung „Aufbewahrung von personenbezogenen Daten 30 Jahre“. Es sollte nur eine Verfahrensanweisung zu den Aufbewahrungsfristen geben.
Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
KTQ: 6.1.1 VA Einbindung aller Einrichtungsbereiche in das Qualitätsmanagement (1.2); 6.1.1_1 UP VA Fehlermanagement (2.2); DSP: 3.3 Umgang mit Fehlern, Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die Einrichtung nutzt Fehlersammellisten und Fehlerprotokolle. N: Laut Managementbewertung 2017 gingen insgesamt 26 Fehlermeldungen, davon waren 2 systematisch.	
Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
KTQ: 6.3.3 VA Umgang mit Rehabilitandenwünschen und Beschwerden (4.1); DSP: F 3.4 Beschwerdemanagement	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Alle MA sind zum Umgang mit Beschwerden geschult, ein Beschwerdeformular steht den Rehabilitanden zur Verfügung. Die Rehabilitanden werden im Rahmen der Pflege- und Arztvisiten motiviert ihre Anliegen und Wünsche zu äußern. F: Jede Beschwerden wird in der Leitungssitzung besprochen und bewertet, ggf. werden Maßnahmen zur Behebung eingeleitet. F: Aus der VA geht nicht hervor ob und wann der Beschwerdeführer eine Rückmeldung erhält. F: Lob und Anerkennung werden von der RKWE ebenso erfasst und an die MA zurückgemeldet. N: Laut Managementbewertung gab es 2017 15 Beschwerden und 16 Lob/Anregungen.	E: Die Verfahrensanweisung sollte hinsichtlich der Rückmeldung an den Beschwerdeführer ergänzt werden.

3.2.4 Sicherheit

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
KTQ 3.1.1 Arbeitsschutz, DSP: F 4.2 Arbeitsschutz. 3.1.1.1 GefStoffverzeichnis_CLP-1_2_3AB, 3.1.1.2 Gefährdungsbeurteilung psychische Belastung_2_2QB, 3.1.1.3 Auswertung Gefährdungsbeurteilung_2_2QB, Managementbewertung - Arbeitsunfälle, Notfälle	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
<p>F: Die Rehaklinik arbeitet mit einem externen Anbieter (BAD) zusammen. Die Fachkraft für Arbeitssicherheit wird vom BAD "gestellt", in der Rehaklinik sind Sicherheitsbeauftragte benannt.</p> <p>F: ASA-Sitzungen finden 4 x jährlich statt.</p> <p>F: Der externe Anbieter BAD führt das Gefahrstoffverzeichnis und führt die Arbeitsplatzbeurteilungen durch.</p> <p>F: Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen finden statt und eine Übersicht wird im Sekretariat der PDL geführt.</p> <p>N: 3.1.1.1 Gefahrstoffverzeichnis vom 17.02.2015</p>	
<p>F: Der BAD erstellt die Gefährdungsbeurteilungen und die Betriebsanweisungen. Die Gefährdungsbeurteilung wird derzeit aktualisiert, die einzelnen Arbeitsbereiche werden nach einander begangen.</p> <p>F: Kaum noch Nadelstichverletzung.</p> <p>F: BGM ist implementiert. Die Einrichtung hat eine Gesundheitsbeauftragten benannt.</p> <p>F: Am 15.06.2018 ist ein Gesundheitstag für Mitarbeitende in Zusammenarbeit mit AOK geplant. Am Folgetag findet dieser auch für die Öffentlichkeit statt.</p> <p>F: Eine Rückensprechstunde (BGW) wird monatlich angeboten. Aquafitness wird angeboten.</p> <p>F: Die psychischen Arbeitsbelastungen sind 2016 / 2017 von der BGW stichprobenartig erhoben worden.</p> <p>N: Gefährdungsbeurteilung vom 25.06.2015 Bäderabteilung, Maßnahmen werden in den zentralen Maßnahmenplan übertragen und in das ASA-Protokoll.</p> <p>N: Protokoll: ASA-Sitzung</p>	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
KTQ: 3.3.1 VA Bereitstellen von Arzneimitteln, sowie Medizinprodukte_1_1ÄL, 3.3.1.4 BTM- Kontrolle_4_2OPL, 3.3.1.22 Sondermedikation Voranmeldung_5_3AS, 3.3.4 VA Anwendung von Medizinprodukten; DSP: F 4.4 Wartungs- und Kontrollsystem	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Eine Aufgaben- oder Stellenbeschreibung für den Medizinproduktesicherheitsbeauftragten ist im Qualitätsmanagementhandbuch nicht hinterlegt. F: Es sind in den einzelnen Bereichen insgesamt neun Medizinprodukte-Beauftragte benannt.	E: Die Einrichtung sollte eine Stellen- bzw. Aufgabenbeschreibung für den Medizinproduktebeauftragten vorhalten.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
KTQ: 3.2.1 VA Organisation der Hygiene (1.2); 3.2.2 VA Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten (1.3); 3.2.3 VA Planung und Durchführung hygiesichernder Maßnahmen (1.0); 3.2.4 VA Einhaltung von Hygienerichtlinien (1.1); 8.3.1 VA Hygieneaudit (1.1); 8.3.2 Hygieneaudit Pflege (2.0); Reinigungsplan 8.5.1 Pflege (5), 1.0 Inhaltsverzeichnis Hygienehandbuch, Hygienehandbuch allgemeine Struktur (03), 3.2.3.1 Arbeitsmittelplan Vorlage_1_1ÄL, DSP: F 4.5 Hygiene	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Wenn Rehabilitanden multiresistente Keime haben, werden Maßnahmen gemäß Hygienehandbuch ergriffen. F: Das Augenmerk wird auf gastrointestinale Infektionen gerichtet. F: Rehabilitanden werden ggf. auch dekolonisiert, was sehr selten vorkommt, da die Reha-Therapie dann nicht so wirkt, wie vorgesehen. Im Vorfeld werden Rehabilitanden "gescreent", so dass die Rehabilitanden überwiegend ohne multiresistente Keime aufgenommen werden. F: Nosokomiale Infektionen kommen selten vor - katheterassoziierte Infektionen kommen nicht vor. F: Es gibt keine starken Veränderungen in den Resistenzstatistiken. Antibiosen haben sich aufgrund dessen nicht verändert. F: Aufgrund der Messungen des Händedesinfektionsverbrauches lässt sich schließen, dass zu wenig Händedesinfektionsmittel verbraucht wird. Maßnahmen sind eingeleitet. N: Statistik qualitätsrelevante Daten 2017, Hygienekommission 19.4.2018, Hygiene-AG, 6.5.1.39 Statistik Keime, Protokolle Mitarbeitervisiten 2.5.2018, Auditchecklisten	
F: Die Auswahl von Reinigungsmittel wird in Absprache mit der Hygienefachkraft und der Leiterin der Hauswirtschaft getroffen.	
F: Die Verfahrensanweisung 3.5.1.1 Umgang mit MRSA ist sehr knapp beschrieben und geht nicht auf alle Situationen ein, z.B. Mund-Nasen-Schutz (Lt. DGKH weitere Bedarfe), die Information der Reinigung, Information bei Verlegung und Transport.	H: Die Verfahrensanweisung zum Umgang mit MRSA muss alle Prozesse beschreiben.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
KTQ: 4.2.4 VA Berücksichtigung des Datenschutzes (1.1) ; Öffentliches Verzeichnisse vom 6.4.17; 4.2.4.2 Datenschutz Bestätigung (2.2); 4.2.4.3Datenschutzrichtlinie für Mitarbeitende (2.1); 4.2.4.7 Datenschutzaudit (2.1); 4.2.4-1 VA Datenschutzkonzept (3.0); 2.2.2.80 STB Datenschutzbeauftragter (2.1); DSP: F 4.7 Datenschutz	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
<p>F: Eine Verpflichtung auf das Datengeheimnis erfolgt. Jeder Mitarbeitende erhält das Datenschutzkonzept und die Datenschutzrichtlinie ausgehändigt. Schulungen finden jährlich statt.</p> <p>F: Mindestens zweijährig finden Datenschutzbegehungen statt (vgl. 4.2.4)</p> <p>F: Eine Stellenbeschreibung für die Datenschutzbeauftragte (DSB) liegt vor.</p>	
<p>F: Schulung zum DSB hat stattgefunden, darüber hinaus viel "Selbststudium".</p> <p>F: Homepage ist aktualisiert. Kontaktdaten DSB sind aufgeführt. Das Verzeichnis von Verarbeitungstätigkeiten und das Datenschutzkonzept sind im Aufbau.</p> <p>F: Ein Verfahrensstandard über digitale Fotodokumentation ist erstellt. Ein Datenschutz- Audit "Prüfung- Ist -Zustand" wurde durchgeführt.</p> <p>F:Fortbildungen sind geplant.</p> <p>N: Datenschutzaudit - Prüfung "Ist-Zustand" vom 20.4.2018</p>	

3.3 Kernprozesse

3.3.1 Pflege

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
1.1.1 VA Die Vorbereitung einer stationären Behandlung / Therapie sind Rehabilitandenorientiert (1.1), 1.2.1 VA Ersteinschätzung, 1.2.1.9 Checkliste Aufnahme (1.1), DSP:K 1.3 Aufnahme	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Die Aufnahmezeit und Datum werden vom Arztsekretariat erfasst.</p> <p>F: Die ärztliche und pflegerische Aufnahme findet zeitnah und direkt nach Ankunft des Rehabilitanden auf Station statt. Die Aufnahme durch die Therapeuten erfolgt am Folgetag.</p> <p>F: Die Küche und die Stationen erhalten am Vortag die Anzahl der Neuzugänge mitgeteilt.</p> <p>F: Die Anamnese wird papiergestützt erhoben. Die Pflegeplanung, die ärztliche Therapieanforderung sowie die Assessments werden in MCC dokumentiert.</p>	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
KTQ: 1.2.3 VA Festlegung des Rehabilitationsprozesses (1.1) ; 1.2.4 VA Integration von Rehabilitanden in die Behandlungs- /Therapieplanung (1.1); 1.3.1 VA Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Rehabilitation (2.2); 1.3.2 VA Anwendung von Leitlinien (1.0); 1.3.2.82 Standard Injektion subkutan s.c. (1.2), DSP: K 1.4 Pflegeprozess, Pflegeplanung, Pflegestandards	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
Schmerzmanagement, Station 2: Drei Rehabilitanden die BTM als Basismedikation bekamen, Überprüfung des Schmerzempfindens. Zwei Rehabilitanden benötigten Bedarfsmedikationen. Im Pflegebericht wurde dabei nicht die Schmerzstärke, der Ort oder die Wirkung des Mittels dokumentiert.	H: Bei Bedarfsmittelgabe muss dokumentiert werden, wie stark die Schmerzen vorher und nach Gabe waren und wo der Ort des Schmerzes lag.
Dekubitusmanagement, Station 2, Hr. R.: Kam mit einem Dekubitus in die Reha-Klinik; Hautdefekt an der linken Verse war im Arztbericht des einweisenden Krankenhauses nicht erwähnt; Fotodokumentation, Behandlung (therapeutischer Honig) und Verlauf sowie die entsprechenden Anordnungen sind dokumentiert.	
<p>F: Die Behandlungspfade und Therapieziele werden vom Arzt zur Aufnahme festgelegt. Die Rehabilitanden bzw. ihre Angehörigen werden nach ihren Zielen befragt. Die kontinuierliche Überprüfung erfolgt im Rahmen von Therapiekonferenzen im gesamttherapeutischen Team.</p> <p>F: Experten- und Pflegestandards (Anzahl: 44) liegen vor. Hausinterne ärztliche Leitlinien sind entwickelt. Aus den Pflegestandards gehen nicht die Qualifikationsanforderungen hervor. Quellenangaben sind nicht hinterlegt.</p>	<p>E: Die Pflegestandards sollten die Qualifikationsanforderungen aufführen.</p> <p>E: Es sollten Quellenangaben in den Standards festgehalten werden, so kann bei Bedarf der aktuell wissenschaftliche Bezug dargelegt werden.</p>

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
KTQ: 4.1.1 VA Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Rehabilitandendaten (4.1); 4.1.1.1 Abkürzungsverzeichnis (2.1); 4.1.110 Aktensortierung nach Entlassung (5.0); 4.1.2 VA Dokumentation von Rehabilitanden Daten (1.1); 4.1.2.1 Medizinische Dokumentation (3.1); 4.1.2_1 VA zur Führung des Pflegedokumentationssystems (4.0); 4.1.3 VA Verfügbarkeit von Rehabilitandendaten (1.1); DSP K 1.5 Pflegedokumentationssystem	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die Dokumentation findet in einer Kombination aus EDV- und papiergestützter Dokumentation statt. F: Die Übersicht 4.1.2.1 - legt die Zeiträume und den Dokumentationsort der verschiedenen Dokumentationsbereiche (z.B. Anamnese, Medikamente, Konsilbriefe, Verlaufsdokumentation) übersichtlich dar.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
KTQ: 3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln (1.1), 3.3.2.1 Protokoll Vernichtung Betäubungsmittel_1_1ÄL, 3.3.2.3. Medikamentenliste BTM_4_1ÄP; 3.3.2-1 VA Medikamentengabe_4_2OPL DSP: K 1.7 Umgang mit Medikamenten und Betäubungsmitteln (BTM)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Der Umgang mit BTM wird in der vorliegenden Verfahrensrichtlinie nicht eingehend beschrieben.	H: Der Umgang muss umfassend beschrieben werden.
F: Die Medikamentengabe ist als Standard geregelt. Aus dem Standard geht nicht hervor, wie die RKWE damit umgeht, wenn ein Rehabilitand seine Medikamente selber richten / einnehmen möchte.	E: Die Einrichtung sollte regeln, wie mit der eigenständigen Medikamenteneinnahme durch den Rehabilitanden umgegangen wird

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
KTQ: 3.1.5 VA Gewährleistung der Rehabilitandensicherheit (2.0) ; 3.1.5.1 FEM einstweilige freiheitsentziehende Maßregel gem. § 1846 BGB, 3.1.5.2 Freiheitsentziehende Maßnahmen Ablaufbeschreibung (1.2); 3.1.5.3 Versorgungsbogen Fixation (3.2),	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Eine Verfahrensweisung zum Umgang mit Freiheitseinschränkenden Maßnahmen (FeM) gibt übersichtlich die Verantwortlichkeiten und Prozessabläufe wieder. Der Umgang mit den Fixiergurtsystemen ist hier beschrieben. F: Risiken werden im Rahmen des Aufnahmeassessments erfasst. Zur Vermeidung von Fixiermaßnahmen werden mögliche Alternativen, wie Niederflurbetten und Matratzen vorgehalten.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
KTQ: 3.1.3 VA Verfahren zur Regelung von hausinternen nicht medizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz (1.1); 3.1.3.1 Notfall-Plan (3.2); 3.1.3.2 Notfall-Plan Aufzug (3.2), 3.1.3.10 Prüfung Notstromaggregat; 3.1.4 VA Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement (1.1); 3.1.4.1 Bestückung Notfallkoffer (4.1); 3.1.4.2 Notfallkoffer Medikamente (6.1); 3.1.4.5 Notfall: Rehabilitandenverlegung (1.1); 3.1.4.6 Notfall: Psychiatrische Verlegung (1.0); 3.1.4.7 Notfall: Abgängiger Rehabilitand (1.1); 3.1.4.8 Notfall: Reanimation (1.1); 3.1.5 VA Gewährleistung der Rehabilitandensicherheit (2.0)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Laut Verfahrensweisung fand eine Übung zu einem nichtmedizinischen Notfall mit im Rahmen der Brandschutzübung 2014 statt.	
F: Die Notfälle haben nicht zugenommen. F: Aktuelle Notfälle: kürzlich Stromausfall, Ausfall Telefonanlage. Notstromaggregat ist planmäßig angesprungen. Notfallplan für Ausfall der Telefonanlage ist aktuell erstellt. F: Notfälle werden ausgewertet, z.B. fand eine Reanimationsschulung infolge einer Auswertung statt. N: Notfallstatistik und Statistik über Todesfälle wird geführt.	

3.3.2 Beratung und Betreuung

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
KTQ: 1.1.1 VA Die Vorbereitung einer stationären Behandlung/Therapie sind rehabilitandenorientiert (1.1); 1.1.1.2 Aufnahmeplanung Zuweiser (1.2); 1.1.1.20 Ausfüllhilfe RMK Antrag (Stand 6.12.2017); K 2.1 Erstkontakt, Erstgespräch, Beratung	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Shiva-Disposition durch einen festen Mitarbeiter, das Arztsekretariat gibt die Daten in SAP ein. Die Therapieplanung erfolgt am Aufnahmetag. Aufnahmenentscheidungen trifft der ärztliche Dienst. F: Der Rehabilitand erhält im Vorfeld ein Informationsblatt, z.B. mit Informationen wo und wann er sich meldet bzw. was er mitbringen muss. F: Eine gute Nachfrage ist in der Klinik vorhanden. Zurzeit gibt es eine kleine Warteliste, derzeit 2-3 Wochen Wartezeit.	
F: 90 % der Rehabilitanden werden aus den umliegenden Kliniken zugewiesen. Die Abteilung Patientenmanagement hält Kontakt zu den Zuweisern. F: Das Arztsekretariat ist für die Belegungsplanung verantwortlich.	
F: Das Entlassungsmanagement beginnt mit Aufnahme und konkretisiert sich im Laufe der Reha. F: Rückmeldungen der Rehabilitanden: in der Regel positiv. F: Sozialberatung / Hilfsmittelberatungen (durch Ergotherapie) finden im Vorfeld statt. Angehörige werden bei Bedarf mit einbezogen. Kooperation mit Sanitätshaus im Ort besteht. F: Pro Woche wird ein Patient stichprobenartig, acht Wochen nach Reha-Ende befragt, wie die Zufriedenheit mit der Versorgung in der Reha war und wie die Überleitung in die Häuslichkeit geklappt hat.	

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

4 Begutachtungen

4.1 Begutachtungen von Stationen³

4.1.1 Station 1

Datum:	9.5.2018
Begleitpersonen / Leitungen:	Frau Brenner, Frau Toktas, Frau Zander

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
F 4.2 Arbeitsschutz*	Hautschutzplan der BGW / Hygieneplan*	iO
	Frage aus F 4.5: Aushang aktueller Hygiene- und Desinfektionspläne? Wird Hautschutz mit in die Hinweise eingeschlossen? Mitarbeitenden bekannt?	Die Betriebsanweisung nicht durchgehend gut sichtbar angebracht bzw. auffindbar. E: Die Einrichtung sollte ein einheitliches Vorgehen bzgl. der Betriebsanweisungen umsetzen --> lt. VA 3.1.1 erfolgt ein Aushang.
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)*	Defibrillator - Einweisung erfolgt im Rahmen der Erste-Hilfe-Schulung. Die Einrichtung verfügt über einen öffentlich registrierten Defibrillator.
	Notfallausstattung*	Piktogramme weisen auf Notfallausstattung hin, die Notfallausstattung wird regelmäßig durch die operative Leitung geprüft. Ein Notfallrucksack wurde neu angeschafft.
	Funktionskontrolle der Medizinprodukte durch die Mitarbeitenden des Bereiches*	RR-Geräte Neukauf statt Eichung.
	Beachtung des Datenschutzes*	PC-Bildschirme gesperrt. Schreddergut wird in offenen Behältern, im verschlossenen Dienstzimmer gesammelt und bei Bedarf vernichtet. E: Die Einrichtung sollte prüfen, dass Schreddergut in geschlossenen Behältern zu sammeln bzw. umgehend zu Schreddern.
	Überwachung der Kühlschranktemperatur (dokumentiert?)	iO
F 4.5 Hygiene**	Ausstattung Pflegewagen* / Arbeitsmittel im ausreichenden Umfang (Handschuhe, Händedesinfektionsmittel etc.) vorhanden?*	iO

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

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
	Sauberkeit / Pflege der Rollstühle, Lifter und anderer Hilfsmittel*	iO
	Veröffentlichung von Sicherheitsanweisungen, z.B. Verhalten im Notfall*	k.B.
	Erforderliche Hygienemaßnahmen bei Isolierten (Schutzkleidung, Hauben, Mundschutz, Handschuhe, Einmalkittel, Wäsche, Abwurf, Reinigung)?*	iO
	Umgang mit reinem / unreinem Arbeitsraum / Arbeitsmitteln*	iO
	Lagerungshilfsmittel*	iO
	Lagerung der Verbandsmaterialien / Sterilgut*	iO
	Kleidung der Mitarbeitenden*	iO
	Gesamteindruck Sauberkeit und Hygiene **	iO
K 1.9 Umgang mit den Medikamenten*	Die Medikamentenschränke sind abschließbar / Lagerung in Medikamentenkühlschränken bei Bedarf.*	iO
	Sachgemäße Lagerung / Aufbewahrung (Beschriftungen nach Anbruchs- und Verfallsdatum mit Jahreszahl* / Entsorgung der Medikamente (und Spritzenbestecke)*	iO
	Kontrollliste Lagergut und Medikamente*	iO
	Entsprechen die gestellten Medikamente denen, die der Arzt angeordnet hat (Abgleich Medikamente / Verordnung)?*	iO
	BTM – Buch und Aufbewahrung (Vollständigkeit) / Verblisterung / Vier-Augen-Prinzip*	iO
K 2.2 Wohnraumgestaltung **	Gestaltung der Gemeinschaftsräume**	iO, Fernsehraum zweckmäßig eingerichtet.
	Gestaltung der Außenbereiche - Balkone / Gehwege / Bepflanzungen**	iO
	Erscheinungsbild der Flure / Gestaltung der Sitzgelegenheiten / Informationstafeln etc.**	iO
	Veranstaltungsübersicht**	iO
	Orientierungshilfen*	iO
K 2.3 Verpflegung *	Aktueller, gut lesbarer Speiseplan im Wohnbereich?*	iO
K 2.4 Reinigung **	Verkehrsflächen - Fußböden („runde Ecken“, Staub, Begehbarkeit)**	iO
	Gerüche? **	Keine.
	Sanitärbereiche und Funktionsräume**	iO
	Sauberkeit und Ordnung in Gemeinschaftsräumen**	iO
	Sauberkeit der Umgebung: Fenster, Sonnenschutz / Jalousien **	k.B.
	Sauberkeit Verteilerküchen**	iO, sehr sauber. Verfallsdatum der Desinfektionsmittel abgelaufen.
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

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
	Angebotsübersicht gut sichtbar?*	iO
	Bibel / Feiern und Loben / andere Gesangsbücher in allen Wohnbereichen / Einlegeblätter?*	Gesangsbücher im Andachtsraum; Bibel mit Einlegeblatt für Schnellzugriff.
	Liste der Pastoren / Pfarrer *	iO, liegt im Stationszimmer.
	Utensilien zur Gestaltung des Abschieds von verstorbenen Bewohnern ('Aussegnungssets') in allen Wohnbereichen?*	k.B.
Sonstiges	Namenschilder?	ja
	FeM: Be l Freiheitsentziehenden Maßnahmen: liegt Gerichtsbeschluss vor? (Stichprobe)*	t.n.z.
	Handzeichenlisten aktuell? (Stichprobe: von der HZ-Liste zum Dienstplan zur Akte - Übereinstimmung?)*	In der Personalabteilung.
	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?	k.B.
	Kennen Sie die Ziele Ihrer Einrichtung? Kennen Sie die Ihrer Abteilung für dieses Jahr? Wissen Sie, wo Sie im Moment stehen?	k.B.
	Dienst- / Tourenplanung - Kap. 4.1.1	k.B.
	Interne Kommunikation - Kap. 4.1.1 Datenschutz - Kap. 4.3 (k113f)	Tagesordnung-Teambesprechung hängt aus und kann mit Themen ergänzt werden. H: Auf Kenntnisnahme der Protokolle der Nichtanwesenden achten.
Gesamtbewertung**		Literatur auf Station vorgehalten, auf Aktualität muss geachtet werden, z.B. Thieme Pflege von a-z von 2006, es gibt inzwischen aktuellere Versionen.

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 Station 2

Datum:	9.5.2018
Begleitpersonen / Leitungen:	Hr. Rehlinger, 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? Mitarbeitenden bekannt?	iO
F 4.3 Brandschutz*	Aushang von Flucht- und Rettungsplänen*	iO
	Sind Fluchtwege / Flure frei begehbar?*	iO - alle Flure sind frei begehbar, die Pflege-, Visiten- und Verbandswägen sind in Arbeitsräumen untergebracht.
	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)*	--> Station 1 Defibrillator; Notfallrucksack - sehr systematisch gepackt, bruchstabil.
	Notfallausstattung*	s.o.
	Funktionskontrolle der Medizinprodukte durch die Mitarbeitenden des Bereiches*	BZ-Geräte werden durchgängig geprüft, jedoch nicht wöchentlich. H: BZ-Geräte müssen wöchentlich kontrolliert werden.
	Beachtung des Datenschutzes*	iO
	Überwachung der Kühlschranktemperatur (dokumentiert?)	iO
F 4.5 Hygiene**	Ausstattung Pflegewagen* / Arbeitsmittel im ausreichenden Umfang (Handschuhe, Händedesinfektionsmittel etc.) vorhanden?*	iO
	Sauberkeit / Pflege der Rollstühle, Lifter und anderer Hilfsmittel*	iO
	Veröffentlichung von Sicherheitsanweisungen, z.B. Verhalten im Notfall*	iO
	Erforderliche Hygienemaßnahmen bei Isolierten (Schutzkleidung, Hauben, Mundschutz, Handschuhe, Einmalkittel, Wäsche, Abwurf, Reinigung)?*	iO - Persönliche Schutzausrüstung vorhanden.
	Umgang mit reinem / unreinem Arbeitsraum / Arbeitsmitteln*	iO
	Lagerungshilfsmittel*	iO
	Lagerung der Verbandsmaterialien / Sterilgut*	iO
	Kleidung der Mitarbeitenden*	iO
	Gesamteindruck Sauberkeit und Hygiene **	Die gesehenen Räume, Flure und Zimmer sind ausnahmslos sehr sauber.

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
K 1.9 Umgang mit den Medikamenten*	Die Medikamentenschränke sind abschließbar / Lagerung in Medikamentenkühlschränken bei Bedarf.*	iO
	Sachgemäße Lagerung / Aufbewahrung (Beschriftungen nach Anbruchs- und Verfallsdatum mit Jahreszahl* / Entsorgung der Medikamente (und Spritzenbestecke)*	iO
	Kontrollliste Lagergut und Medikamente*	k.B.
	Entsprechen die gestellten Medikamente denen, die der Arzt angeordnet hat (Abgleich Medikamente / Verordnung)?*	iO
	BTM – Buch und Aufbewahrung (Vollständigkeit) / Verblistering / Vier-Augen-Prinzip*	
K 2.2 Wohnraumgestaltung **	Gestaltung der Gemeinschaftsräume**	iO
	Gestaltung der Außenbereiche - Balkone / Gehwege / Bepflanzungen**	k.B.
	Erscheinungsbild der Flure / Gestaltung der Sitzgelegenheiten / Informationstafeln etc.**	Gemütlich (Sonnenschirme, Stühle).
	Veranstaltungsübersicht**	Bebildet, neues Mobiliar, Wände gestrichen, neue Beleuchtung.
	Orientierungshilfen*	Gut sichtbar, auch in Rollstuhlfahrerhöhe.
K 2.3 Verpflegung *	Aktueller, gut lesbarer Speiseplan im Wohnbereich?*	iO
K 2.4 Reinigung **	Verkehrsflächen - Fußböden („runde Ecken“, Staub, Begehbarkeit)**	iO
	Gerüche?*	Sehr sauber.
	Sanitärbereiche und Funktionsräume**	Sehr sauber.
	Sauberkeit und Ordnung in Gemeinschaftsräumen**	Sehr sauber.
	Sauberkeit der Umgebung: Fenster, Sonnenschutz / Jalousien **	Sehr sauber.
	Sauberkeit Verteilerküchen**	Sehr sauber.
U 1.5 Beschaffung und Lagerung		
Diakonisch-Kirchliche Angebote *	Leitbilder gut sichtbar und bewohnerorientiert angebracht?*	
	Ausstattung der Bewohnerzimmer / Büros mit Neuem Testament (NT)*	iO
	Angebotsübersicht gut sichtbar?*	iO
	Bibel / Feiern und Loben / andere Gesangsbücher in allen Wohnbereichen / Einlegeblätter?*	iO
	Liste der Pastoren / Pfarrer*	iO
	Utensilien zur Gestaltung des Abschieds von verstorbenen Bewohnern ('Aussegnungssets') in allen Wohnbereichen?*	iO
Sonstiges	Namenschilder?	iO
	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 *	iO

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
	Aufzüge mit großen, für Rollstuhlfahrer erreichbaren Bedienelementen (Höhe unter 1.20 m)*	iO
	Handläufe, Haltegriffe*	iO - teilweise verschrammt.
	Behindertengerechtes Bad / Toilette auf allen Etagen*	--> Bäderabteilung
	Rufanlage in jedem Zimmer vorhanden / Nachtbeleuchtung*	iO
	Rutschfester Fußboden*	iO - der Fußboden in den Fluren ist teilweise abgenutzt. In Patientenzimmern wurde teilweise der Belag erneuert.
	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?	--> Arztsekretariat - Aufnahmeplanung
	Kennen Sie die Ziele Ihrer Einrichtung? Kennen Sie die Ihrer Abteilung für dieses Jahr? Wissen Sie, wo Sie im Moment stehen?	z.B. Intensivierung ICF, Einführung Risikomanagement
	Dienst- / Tourenplanung - Kap. 4.1.1	
	Interne Kommunikation - Kap. 4.1.1	
	Datenschutz - Kap. 4.3 (k113f)	
Gesamtbewertung**		Die Station 2 ist sehr sauber und ordentlich. Es gibt zahlreiche Details, wie neue Möblierung, frische Farben an den Wänden, neue Leuchtmittel usw. Die Organisation ist umfassend.

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 Rehabilitanden

4.2.1 Rehabilitand 1

Datum:	9.5.18	Geb.Datum:	
Name, Vorname:		Bereich / Abteilung:	
Betreuung:		Pflegegrad	
Derzeitige Situation:	Unterstützung beim An- und Auskleiden sowie beim Toilettengang, Übernahme der Körperpflege.		
Medizinische Diagnosen:	Seit 7.5.18 in der Klinik - Coxarthrose re., Zustand nach TEP 30.4.18, Druckulcus d. zweiten Zehe links medial b. Hammerzehen, leichtes kognitives Defizit.		
Aktueller Zustand / Umfeld:			
Haare:		Ohren:	k.B.
Lippen:	k.B.	Zähne:	k.B.
Zunge:	k.B.	Achseln:	k.B.
Finger / Fingernägel	k.B.	Schulterblätter:	k.B.
Bauchnabel:	k.B.	Hüften:	k.B.
Analgegend:	k.B.	Leistenbereich:	k.B.
Fuß/Ferse/Fußnägel:	k.B.	Zehenzwischenräume:	k.B.
Ernährungszustand:	k.B.	PEG/Sondennahrung:	k.B.
Wunden:	k.B.	Orientierung:	k.B.
DK:	k.B.	IKM:	k.B.
Atmosphäre:	Renoviertes Zimmer mit Farben und neuer Möblierung.	Bett (auch: höhenverstellbar)	Sehr sauber.
Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel	Sehr sauber.	Gerüche:	Keine.
Nasszelle / WC:	Sehr sauber.	Mobiliar:	Standard.
Zufriedenheit:			
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Die Rehabilitandin war zu direkten Fragen nicht auskunftsfähig.	Essen:	Das Essen schmeckt.
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des)	k.B.	Pflegerische Versorgung:	k.B.
Medizinische Versorgung:	k.B.	Therapeutische Anwendungen:	k.B.
Sollte etwas verbessert werden?	k.B.	Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	k.B.
Bewertung:			
Sollte etwas verbessert werden?			
Gesamteindruck / Bewertung:	Die Rehabilitandin war zu direkten Fragen nicht auskunftsfähig. Ist seit zwei Tagen in der Klinik und konnte den Grund des Aufenthalts nicht nennen. Langweilte sich und füllte Kreuzworträtsel aus. Gleichzeitig erwähnte sie, dass "ihr Kopf wie ein Sieb" sei und wiederholte dieses Gefühl in Varianten häufig.	+ / -	

4.2.2 Rehabilitand 2

Datum:	9.5.2018		Geb.Datum:		
Name, Vorname:			Bereich / Abteilung:		
Betreuung:			Pflegegrad		
Derzeitige Situation:	Kooperativ; Unterkörper wird im Bett gewaschen, Unterstützung bei der Oberkörperpflege, täglicher Verbandswechsel; Dekubitus an der Verse rechts (3. Grades) - mitgebracht.				
Medizinische Diagnosen:	Seit 27.4.18 in der Klinik; Zustand nach Beckenverletzung mit Fixateur extern, Rippenserienfraktur.				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	k.B.	Ohren:	k.B.	Augen:	k.B.
Lippen:	k.B.	Zähne:	k.B.	Zahnfleisch:	k.B.
Zunge:	k.B.	Achseln:	k.B.	Ellenbogen:	k.B.
Finger / Fingernägel	k.B.	Schulterblätter:	k.B.	Brust:	k.B.
Bauchnabel:	k.B.	Hüften:	k.B.	Gluteal / Sakral	k.B.
Analgegend:	k.B.	Leistenbereich:	k.B.	Intimbereich:	k.B.
Fuß/Ferse/Fußnägel:	k.B.	Zehenzwischenräume:	k.B.	Hautzustand:	k.B.
Ernährungszustand:	k.B.	PEG/Sondennahrung:	k.B.	ggf. Ödeme:	k.B.
Wunden:	k.B.	Orientierung:	k.B.	Schmerzen:	k.B.
DK:	k.B.	IKM:	k.B.		
Atmosphäre:	Klinikatmosphäre	Bett (auch: höhenverstellbar)	Sehr sauber.	Wandschmuck/Bilder	Keine.
Sauberkeit Zimmer / Nachtsiche / Hilfsmittel	Sehr sauber.	Gerüche:	Keine.	Kleidung:	Persönlich.
Nasszelle / WC:	Sehr sauber.	Mobiliar:	Standard.		
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	k.B.		Essen:	"Das Essen schmeckt mir gut."	
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):	k.B.		Pflegerische Versorgung:	"Die Versorgung ist optimal."	
Medizinische Versorgung:	"Die Ärzte informieren mich über den Verlauf."		Therapeutische Anwendungen:	"Die Therapien sind auf mich zugeschnitten."	
Sollte etwas verbessert werden?	"Ich habe keine Wünsche - ich fühle mich wohl hier."		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	"Angemessen."	
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?					
Gesamteindruck / Bewertung:	Die Rehabilitandin wird ihren Bedürfnissen und den Notwendigkeiten entsprechend umfassend versorgt.		+ / -		

4.2.3 Rehabilitand 3

Datum:	9.5.18		Geb.Datum:		
Name, Vorname:			Bereich / Abteilung:		
Betreuung:			Pflegegrad		
Derzeitige Situation:	Benötigte Unterstützung bei der Körperpflege; kognitive Einschränkungen; Hilfestellung beim Wechsel der Pants; Hilfestellung bei der Bewältigung des Tages.				
Medizinische Diagnosen:	Seit dem 3.5.18 in der Klinik; Zustand nach Nierenversagen, Diabetes mellitus, kognitive Einschränkungen, Clostridieninfektion.				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	k.B.	Ohren:	k.B.	Augen:	iO
Lippen:	k.B.	Zähne:	k.B.	Zahnfleisch:	iO
Zunge:	k.B.	Achseln:	k.B.	Ellenbogen:	iO
Finger / Fingernägel	k.B.	Schulterblätter:	k.B.	Brust:	k.B.
Bauchnabel:	k.B.	Hüften:	k.B.	Gluteal / Sakral	k.B.
Analgegend:	k.B.	Leistenbereich:	k.B.	Intimbereich:	k.B.
Fuß/Ferse/Fußnägel:	k.B.	Zehenzwischenräume:	k.B.	Hautzustand:	k.B.
Ernährungszustand:	k.B.	PEG/Sondennahrung:	k.B.	ggf. Ödeme:	k.B.
Wunden:	k.B.	Orientierung:	Orientiert.	Schmerzen:	Keine Schmerzen.
DK:	k.B.	IKM:	Legt sich die Pants selbst an.		
Atmosphäre:	Klinikatmosphäre.	Bett (auch: höhenverstellbar)	Ordentlich.	Wandschmuck/Bilder	Keine Bilder.
Sauberkeit Zimmer / Nachtsiche / Hilfsmittel	Sehr sauber.	Gerüche:	Keine.	Kleidung:	Persönlich.
Nasszelle / WC:	Sehr sauber.	Mobiliar:	Standard.		
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	k.B.		Essen:	"Das Essen ist gut, nicht wie bei Muttern, aber gut."	
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):	k.B.		Pflegerische Versorgung:	"Ich bin sehr zufrieden. Was mir imponiert, sind die Nachschwestern ..."	
Medizinische Versorgung:	"Die Ärztin informiert mich - es war noch kein Chefarzt beim mir."		Therapeutische Anwendungen:	"Gute Einweisung - da habe ich keinen Grund, zu mosern. Mir gefällt, dass da auch junge Gesichter auftauchen. Die machen alles manchmal frischer. Das macht Spaß."	
Sollte etwas verbessert werden?	"Im Vergleich zu den anderen Krankenhäusern ist das hier das halbe Paradies. Getränkeangebot nach 22.00 Uhr - Tee - könnte besser sein. Heißes Wasser sollte auch dann noch da sein."		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	k.B.	
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?	Der Rehabilitand berichtet, dass er in einer Nacht aus dem Bett gefallen ist - er zeigte die Prellung des Knies einem Arzt. Im Pflegebericht findet ich kein Eintrag oder ein Sturzprotokoll. Ärztlicherseits wurde die Begutachtung des Knies dokumentiert. H: Die Kommunikation der Ereignisse muss verlässlich erfolgen.				
Gesamteindruck / Bewertung:	Der Rehabilitand fühlt sich sehr gut betreut. Er hofft darauf, noch mehr "Power" zu bekommen.	+ / -			

4.2.4 Rehabilitand 4

Datum:	9.5.18	Geb.Datum:	
Name, Vorname:		Bereich / Abteilung:	
Betreuung:		Pflegegrad	
Derzeitige Situation:	Unterstützung bei der Körperpflege und dem Anziehen; klar orientiert; Druckstelle linke Verse (Wundprotokoll und Fotodokumentation sind angelegt); Mobil und zugewandt - läuft mit dem Rollator durch die Einrichtung; Sturzgefahr: Stoppersocken, Hüftprotektoren; Geplant: Entlassung nach Hause nach Verlängerung des Aufenthaltes zur Erhöhung der Selbstsicherheit.		
Medizinische Diagnosen:	Seit 23.4.18 in der Klinik; Zustand nach LWK1-Fraktur und OP. Neuropathie. Rheumatoide Arthritis.		
Aktueller Zustand / Umfeld:			
Haare:	k.B.	Ohren:	k.B.
Lippen:	k.B.	Zähne:	k.B.
Zunge:	k.B.	Achseln:	k.B.
Finger / Fingernägel	k.B.	Schulterblätter:	k.B.
Bauchnabel:	k.B.	Hüften:	k.B.
Analgegend:	k.B.	Leistenbereich:	k.B.
Fuß/Ferse/Fußnägel:	k.B.	Zehenzwischenräume:	k.B.
Ernährungszustand:	k.B.	PEG/Sondennahrung:	k.B.
Wunden:	k.B.	Orientierung:	k.B.
DK:	k.B.	IKM:	Kontinent.
Atmosphäre:	Klinikatmosphäre	Bett (auch: höhenverstellbar)	Sehr sauber.
Sauberkeit Zimmer / Nachttische / Hilfsmittel	Sehr sauber.	Gerüche:	Keine.
Nasszelle / WC:	Sehr sauber.	Mobiliar:	Standard.
Zufriedenheit:			
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	k.B.	Essen:	"Das Essen schmeckt gut - im Vergleich zu anderen Kliniken steht diese Klinik hier ganz oben."
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):	k.B.	Pflegerische Versorgung:	"Das Personal ist gut."
Medizinische Versorgung:	"Die Ärztin informiert mich über den Verlauf - ich mus aber auch nachfragen."	Therapeutische Anwendungen:	"Der Plan zeigt die Anwendungen, die ich haben muss."
Sollte etwas verbessert werden?	"Wenn man etwas ändern möchte, dann gehen die hier darauf ein."	Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	
Bewertung:			
Sollte etwas verbessert werden?			
Gesamteindruck / Bewertung:	Der Rehabilitand ist zufrieden mit seiner Versorgung und macht aus seiner Sicht fühlbare Fortschritte. Er würde die Einrichtung weiterempfehlen. + / -		

4.2.5 Rehabilitand 5

Datum:	9.5.2018	Geb.Datum:	
Name, Vorname:		Bereich / Abteilung:	
Betreuung:	nein	Pflegegrad	nein
Derzeitige Situation:	seit 16.04.2018 in der Reha; Z.n. Infarkt, sitzt im Rollstuhl, Transferübernahme durch Pflegemitarbeiter, ist orientiert, starke Seheinschränkung, Unterstützung bei der Körperpflege; Risiken: Dekubitus, Sturz, Harninkontinenz. Das Ziel von der Rehabilitandin ist sich wieder selbst zu waschen und am Rollator zu gehen.		
Medizinische Diagnosen:	Thalamusinfarkt 3 /2018; Hemianopsie nach links und leichte Armparese; Diabetes mellitus Typ 2; Vitamin- D Mangel, unklarer Unterbauch-Tumor, starke Seheinschränkung, Thrombose		
Aktueller Zustand / Umfeld:			
Haare:	iO	Ohren:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	k.B.
Zunge:	iO	Achseln:	k.B.
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	k.B.
Bauchnabel:	k.B.	Hüften:	k.B.
Analgegend:		Leistenbereich:	k.B.
Fuß/Ferse/Fußnägel:	Fußpflege.	Zehenzwischenräume:	k.B.
Ernährungszustand:	k.B.	PEG/Sondennahrung:	k.B.
Wunden:	t.n.z.	Orientierung:	iO
DK:	t.n.z.	IKM:	ja
Atmosphäre:	Krankenhausatmosphäre, karg	Bett (auch: höhenverstellbar)	iO
Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel	iO	Gerüche:	Keine.
Nasszelle / WC:	Duschstuhl auf der Sitzfläche leicht verschmutzt.	Mobiliar:	Einfacher Standard.
Zufriedenheit:			
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	"Da ich schlecht sehe, ist das nichts für mich. Ich bin mit den Therapien gut beschäftigt."	Essen:	"Essen ist gut."
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des)	"Es gibt Angebote, aber ich bete für mich derzeit selbst."	Pflegerische Versorgung:	"Ich bin sehr, sehr zufrieden mit den Schwestern und alles..." Zum Sturz-und Dekubitusrisiko ist sie beraten worden.
Medizinische Versorgung:	"Ist sehr gut."	Therapeutische Anwendungen:	Sehr zufrieden.
Sollte etwas verbessert werden?	"Nein, alles gut."	Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	iO
Bewertung:			
Sollte etwas verbessert werden?			
Gesamteindruck / Bewertung:	Angemessene und gute Versorgung. Die Rehabilitandin äußert sich sehr zufrieden.		+ / -

4.2.6 Rehabilitand 6

Datum:	9.5.2018			Geb.Datum:	
Name, Vorname:				Bereich / Abteilung:	
Betreuung:	Vorsorgevollmacht			Pflegegrad	Nein.
Derzeitige Situation:	war zu Hause selbstständig, seit 3.5.2018 in RKWE aufgrund Beinamputation und Pneumonie; Risiken: Kontraktur-, Obstipations-, Sturzrisiko und Dekubitusrisiko im Steißbereich. Ziel des Rehabilitanden: sich selbstständig waschen und perpektivisch wieder laufen können Hilfebedarf bei der Körperpflege und Versorgung Urostoma, Transfer mit Unterstützung, sitzt tagsüber im Rollstuhl, kann sich im Rollstuhl selbständig fortbewegen.				
Medizinische Diagnosen:	Pneumonie 4/ 2018, COPD bei Nikotinkonsum, Harnwegsinfekt, kardiale Dekompensation mit Pleuraerguß rechts, Oberschenkelamptation recht 3 /2018, Hyperaktives Delir, V.a. Wernicke Enzephalopathie.				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:	k.B.	Augen:	k.B.
Lippen:	iO	Zähne:	k.B.	Zahnfleisch:	k.B.
Zunge:	k.B.	Achseln:	k.B.	Ellenbogen:	k.B.
Finger / Fingernägel	k.B.	Schulterblätter:	k.B.	Brust:	k.B.
Bauchnabel:	k.B.	Hüften:	k.B.	Gluteal / Sakral	k.B.
Analgegend:	k.B.	Leistenbereich:	k.B.	Intimbereich:	k.B.
Fuß/Ferse/Fußnägel:	k.B.	Zehenzwischenräume:	k.B.	Hautzustand:	k.B.
Ernährungszustand:	19 BMI, Gewicht wird gehalten wird täglich gewogen.	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.	ggf. Ödeme:	k.B.
Wunden:	Stumpf, Verband trocken.	Orientierung:	Orientiert.	Schmerzen:	k.B.
DK:	Urostoma.	IKM:	k.B.		
Atmosphäre:	Unruhe durch Neuzugang und Warten des ausziehenden "Mitrehabilitanden".	Bett (auch: höhenverstellbar)	iO	Wandschmuck/Bilder	Karg; ein Bild, ein Kalender, ein Kreuz.
Sauberkeit Zimmer / Nachtsiche / Hilfsmittel	k.B.	Gerüche:	iO	Kleidung:	Privat.
Nasszelle / WC:	k.B.	Mobiliar:	Einfach.		
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Die Wartezeiten könnten gefüllt werden. Es ist viel Leerlauf.		Essen:	k.B.	
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des	k.B.		Pflegerische Versorgung:	Ist gut.	
Medizinische Versorgung:	k.B.		Therapeutische Anwendungen:	" Sind mir zu wenig, höchsten zwei am Tag. DieTherapie ist an sich gut."	
Sollte etwas verbessert werden?	k.B.		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:		
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?					
Gesamteindruck / Bewertung:	Die Begutachtung musste aufgrund eines Neueinzuges ins Zimmer, des Wartens eines Rehabilitanden auf Abholung und der damit verbundenen Unruhe abgebrochen werden.		+ / -		

4.2.7 Rehabilitand 7

Datum:	9.5.2018		Geb.Datum:		
Name, Vorname:			Bereich / Abteilung:		
Betreuung:	Nein.		Pflegegrad		
Derzeitige Situation:	seit 4.5.2018 in der RKWE; AZ Verschlechterung bei kardialer Dekompensation, wohnte zu Hause mit Unterstützung durch Pflegegedienst. Ziel der Reha: Aufbau von Kraft und Ausdauer, Steigerung der pulmonalen Belastbarkeit, Entlassung nach Hause. Risiken: Sturzrisiko, Pneumonierisiko. Pflegerische Unterstützung: Körperpflege, Hilfe beim Anziehen.				
Medizinische Diagnosen:	Kardiale Dekompensation bei ischämischer Kardiomyopathie, Herzinsuffizienz, Hypertonie, COPD. Chronisches Nierenversagen Stadium III.				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:	iO,	Augen:	iO, sieht sehr schlecht.
Lippen:	iO	Zähne:	iO	Zahnfleisch:	iO
Zunge:	k.B.	Achseln:	iO	Ellenbogen:	iO
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:	lt. Aussage Rehabilitand iO.
Fuß/Ferse/Fußnägel:	Organisiert er selbst wieder zu Hause.	Zehenzwischenräume:	k.B.	Hautzustand:	lt. Aussage Rehabilitand iO.
Ernährungszustand:	33 BMI.	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.	ggf. Ödeme:	Beine, trägt Kompressionsstrümpfe.
Wunden:	t.n.z.	Orientierung:	Orientiert.	Schmerzen:	Beine und Kreuz leichte Schmerzen, fühlt sich gut eingestellt, weiß das er Bedarfsmedikation hat.
DK:	t.n.z.	IKM:	t.n.z.		
Atmosphäre:	Angenehm, wohnlich.	Bett (auch: höhenverstellbar)	iO	Wandschmuck/Bilder	Farblich ansprechend gestaltet, Bilder.
Sauberkeit Zimmer / Nachtsiche / Hilfsmittel	iO	Gerüche:	Keine.	Kleidung:	Privat, sommerlich.
Nasszelle / WC:	iO	Mobiliar:	Gepflegter, wohnlicher Standard.		
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Beschäftigt sich selbst, mehr Angebote wären schön.		Essen:	Sehr gut und reichlich.	
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des	Nein, kein Interesse.		Pflegerische Versorgung:	Ist sehr zufrieden mit der pflegerischen. Ist zum Sturzrisiko beraten worden.	
Medizinische Versorgung:	Ist sehr zufrieden.		Therapeutische Anwendungen:	Sehr gut, kennt seinen Therapieplan.	
Sollte etwas verbessert werden?	Nein, kein Interesse.		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	iO	
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?					
Gesamteindruck / Bewertung:	Sehr gute Versorgung, Behandlung, Therapie und Betreuung.		+ / -		

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	k.B.	2	2	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	2	k.B.	2	2	k.B.	2	2	2	k.B.	k.B.	k.B.	2	2	2	2	2	1,0
2.	2	2	2	k.B.	2	2	2	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	2	2	2	2	2	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	2	2	2	2	2	1,0
	Der Verlauf lässt sich aus der Dokumentation ermitteln - Zusammenfassungen der Therapeuten (Ergotherapie, Physiotherapie) sind in der Handakte; die ärztliche Anamnese befindet sich in einer separaten Handakte; die Sturzgefahr wurde ermittelt (Anamnese des Arztes), aber in der pflegerischen Anamnese nicht erwähnt. Allerdings ist dort ersichtlich, dass Beratungen zum Sturz und zum Dekubitus erfolgten.																								1,0			
3.	2	2	2	1	1	2	2	t.n.z.	k.B.	k.B.	k.B.	2	k.B.	2	2	2	2	2	k.B.	k.B.	2	b.B.	k.B.	2	2	2	2	1,2
	Beratungen nach Risikoerhebung am Aufnahmetag, z.B. Sturz Behandlungspflegen sind in der Kurve nachvollziehbar abgezeichnet. Maßnahmen aus der Pflegeplanung werden über MCC gekürzt. H: Phänomene müssen verfolgt werden (z.B. Eintrag Übelkeit, aber keine weiteren Einträge). Nicht mehr relevante Planungen müssen abgesetzt werden.																											

4.		2	2	2	2	2	k.B.	2	t.n.z.	k.B.	k.B.	2	2	k.B.	2	2	2	2	t.n.z.	k.B.	2	b.B.	k.B.	2	t.n.z.	2	2	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
		Therapieberichte liegen noch nicht in der Akte vor, aufgrund der kurzen Verweildauer. Therapieverläufe werden bei den jeweiligen Berufsgruppen vorgehalten. Verbandwechsel erfolgt trocken, ohne Wunddokumentation. E: Dekubitusrisikobereiche sollten in der Pflegedokumentation hinterlegt werden.																										
5.		2	2	2	2	2	k.B.	2	t.n.z.	k.B.	k.B.	2	2	k.B.	2	2	2	2	t.n.z.	k.B.	2	b.B.	k.B.	2	t.n.z.	2	2	1,0
		Barthel-Index 65, Norton-Risikoskala 29 Punkte, keine Schmerzen bei Aufnahme. Verlauf zu Bedarfmedikation gut im Bericht dargestellt. Therapiedokumentation noch nicht in der Akte aufgrund der kurzen Verweildauer.																										

5 Zusammenfassung

Die beiden Tage der Internen Revision gestalteten sich sehr konstruktiv und waren von einer sehr kollegialen Atmosphäre geprägt. Ein fundierter fachlicher Austausch war jederzeit gegeben. Alle befragten Mitarbeitenden der verschiedenen Berufsgruppen waren sehr engagiert und trugen zu dem sehr guten Endergebnis bei.

Die Einrichtung entwickelt sich weiter positiv und die Renovierungen werden konstant fortgesetzt, so dass der zurzeit teilweise noch vorhandenen „Krankenhauscharme“ einiger Zimmer bald der Vergangenheit angehören wird. Überall in der Einrichtung wird auf Wohnlichkeit geachtet, z.B. bereichern ein Aquarium, Pflanzen und Sitzecken die Räumlichkeiten. Die Flure sind farblich angenehm gestaltet und mit ansprechenden Fotoaufnahmen aus der Region ausgestattet. Einige der Rehabilitanden-Zimmer sind bereits gelungen renoviert. Darüber hinaus wurden alle Dienstzimmer ansprechend neu gestaltet. Der Fußboden sowie einige Handläufe können ihr Alter jedoch nicht verbergen. Dieser Entwicklungsstand ist der Einrichtung bewusst und die Klinik wird in den nächsten Jahren die Renovierungen sukzessive weiter voranbringen.

In der Kategorie Sauberkeit, Ordnung und Hygiene wurde wegen der sehr guten Organisation die Schulnote 1,0 vergeben werden. Alle gesehenen Arbeitsräume, Zimmer, Hilfsmittel, Büros und Flure waren sehr aufgeräumt und sauber. Schränke und Utensilien sind systematisch geordnet. Die Flure sind nicht durch Visiten- oder Pflegewagen verstellt. Das Hygienemanagement ist fest implementiert, regelmäßige Zusammenkünfte und Begehungen finden nachweislich statt. Verbesserungspotentiale werden erkannt und Maßnahmen zur Problembhebung zeitnah eingeleitet.

Die Konzepte und Standards sind überarbeitet worden und konnten mit einer 2+ (vormals Note 3-4) bewertet werden. Die Qualitätsmanagementbeauftragte ist sehr engagiert, führte zielsicher durch das Qualitätsmanagementhandbuch und begleitete souverän alle Tage der Internen Revision. Zahlreiche Verfahrensanweisungen werden im Rahmen von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beschrieben. Die Texte sind aussagekräftig und nehmen die Anforderungen des KTQ-Manuals auf. Noch nicht durchgängig gelingt die Zuordnung der einzelnen Passagen, so werden teilweise Prozesse und Ergebnisse in den Strukturen beschrie-

ben (z.B. Arbeitsschutz, Brandschutz). Perspektivisch sollte von der Einrichtung geprüft werden, ob die Anzahl der QM-Dokumente eingeschränkt werden kann bzw. einige Dokumente zusammengeführt werden können. Unterstützend kann in diesem Zusammenhang die Umsetzung des neuen KTQ-Manuals 2.0 wirken, da dieses eine Reduktion der Kriterien von 72 auf 52 aufweist.

Im Bereich des pflegerischen, ärztlichen und therapeutischen Management bestätigt sich die qualitative Steigerung im Qualitätsmanagementhandbuch auch in der Praxis - Note 1- (vormals 2+). Der Gesamtkreislauf „Plan-Do-Check-Act“ (PDCA) ist bei vielen Themen sehr gut umgesetzt (z.B. Aufnahmemanagement, Hygienevisiten, Pflegevisiten, Sturzmanagement, Datenschutz, Notfallmanagement). Der risikobasierte Ansatz ist bereits gut erkennbar, so stehen die Risiken im Fokus des Managements (z.B. Händedesinfektionsmittelverbrauch, Pflegevisiten, Prüfung Datenschutz, Gefährdungsbeurteilungen). Das Fort- und Weiterbildungsmanagement ist gut organisiert und Wirksamkeitsprüfungen finden statt. Zur Stärkung der Fachlichkeit sind Maßnahmen ergriffen, so sind beispielsweise Wissensselbsttests implementiert. Als erste Einrichtung im Diakoniewerk Bethel ist eine „Registrierung beruflich Pflegenden“ bei rund 50% der Pflegefachkräfte erfolgt.

Die Rehaklinik bietet weiterhin ein ganzheitlich ausgerichtetes Therapiekonzept an, so werden Patienten auf Wunsch ergänzend homöopathisch und naturheilkundlich behandelt. Das therapeutische Team arbeitet eng zusammen und ist umfangreich über das Krankheitsbild und die Rehabilitanden informiert, hauseigene Therapiestandards werden umgesetzt, ein fachlicher Austausch findet in wöchentlichen Therapiekonferenzen statt.

Dass das Management und die pflegerische, therapeutische und ärztliche Betreuung gut funktionieren bestätigt die gute Nachfrage, aktuell gibt es eine kleine Warteliste mit derzeit 2-3 Wochen Wartezeit für Rehabilitanden.

Die Dokumentation hat einen hohen Erfüllungsgrad erreicht - Note 1- (vormals 2+). Die Dokumentationen greifen ineinander und die Beobachtungen, der Verlauf und die Ergebnisse werden in wöchentlichen Therapiekonferenzen vorgestellt und zusammengefasst. Die Therapien werden bei Eintreffen des Rehabilitanden je nach Therapiepfad und ärztlichem sowie persönlichem Reha-Ziel für die Dauer des Aufenthalts – Shiva gestützt - durchgeplant, die

Rehabilitanden werden disponiert und erhalten einen Behandlungsplan und die Therapeuten eine tagesgenaue Übersicht.

Die Handakte ist übersichtlich aufgebaut, dort ist u.a. eine "Fieberkurve" hinterlegt, welche neben den Vitalwerten, auch die notwendigen Anordnungen klar abbildet. Eine Vielzahl von Dokumentationen erfolgt derzeit berufsgruppen- und papiergebunden. Die Einrichtung hat Strategien implementiert, um den Informationsfluss zu gewährleisten, so werden im Therapiebereich beispielsweise wöchentliche, schriftliche Kurzzusammenfassungen in der Stationsakte hinterlegt, unterschiedliche Papierfarben genutzt oder der Rehabilitand führt neben seinem Therapieplan auch die Lagerungs-, Trink- und Essensprotokolle mit sich. Hier muss die Einrichtung perspektivisch ansetzen und die derzeit noch sehr geringe Dokumentation in MCC-Shiva ausbauen. Im Bereich der pflegerischen Dokumentation lässt sich der Pflegeprozess gut nachvollziehen. Dies ist im Bereich der Reha aufgrund des hohen Durchlaufes eine große Herausforderung und wird, bis auf kleine Ausnahmen, sehr gut umgesetzt. Es muss verstärkt darauf geachtet werden, Phänomene immer nachvollziehbar im Verlauf abzubilden (z.B. Wirksamkeit von Bedarfsmedikation etc.) und Pflegeplanungen anzupassen.

Die Ergebnisqualität der Versorgung konnte bei allen von den Auditoren besuchten Rehabilitanden als sehr gut eingeschätzt werden. Dies bestätigten die befragten Rehabilitanden, welche sich durchweg positiv über die pflegerische, therapeutische und ärztliche Behandlung äußerten.

Die guten bis 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
RKWE	08.05.-09.05.2018	1-2 -	1-2 -	1-2	1	1	1	3-4	3-4	2 +	2 +	2 +	1 -	1	1	1	2 +	2 +	1 -	1,7	1,7	1,2

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

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

Berlin, 02.07.2018

Andreas Dietel, Henrike Zander

Anhang

Anhang 1 - Interne Revision in Medizin und Pflege, Reha-Klinik Bethel

Welzheim (RKWE), 08.05. – 09.05.2018 _____ 41

Anhang 1 - Interne Revision in Medizin und Pflege, Reha-Klinik Bethel Welzheim (RKWE), 08.05. – 09.05.2018

<p>Allgemeines:</p>	<p>Auditoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Herr Dietel, SMG - Frau Zander, 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 (papiergestützte) archivierte Unterlagen ermöglicht werden (z.B. Pflegevisiten- / Fallbesprechungsprotokolle, Auditprotokolle).</p> <p>Alle Auditoren werden im Verlauf der Internen Revision Betreute der Unternehmensbeteiligung besuchen. Die sechs bis zehn Betreuten 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).</p>
<p>1. Tag:</p>	<p>Darstellung der Unternehmensbeteiligung anhand der ausgewählten Kriterien des Prüfkataloges / Nachweisdokumente / Dokumentationsvisiten / Audits</p> <p>9.00 – 9.05 Uhr Auswahl der Stichprobe aus der Gesamtanzahl der Betreuten (→ Einverständniserklärungen)</p> <p>9.05 – 9.20 Uhr Gesetzliche Rahmenbedingungen / Aktuelle Themen Unterlagen: Aktuelle Managementbewertung Beteiligte: HG / GF / PDL / stv. PDL / QMB sowie weitere Gesprächspartner, die die Einrichtung auswählt. Bitte tragen Sie die Namen der Mitarbeitenden und deren Funktionen ein, ergänzen ggf. Personen, die Sie gerne bei einem Thema hinzuziehen möchten und geben Sie uns den Revisionsplan am Morgen des ersten Tages zurück bzw. übersenden die Datei an Herrn Dietel.</p> <p>9.20 – 11.25 Uhr Schwerpunktthema Risikobasierter Ansatz⁴ – Audits ggf. Begehung der Einrichtung (ca. 30 Minuten zum Ende dieses Blocks). Unterlagen / Medien: Auditergebnisse – Protokolle im Intranet / papiergestützt, Maßnahmenpläne, Leitungsbesprechungsprotokolle, Teambesprechungsprotokolle etc. Schwerpunkte: Arbeits-, Sicherheitsaudits (z.B. Brandschutz, Gesundheitsamt, Sicherheitstechnische / messtechnische Kontrollen), Gefährdungsbeurteilungen, Hygieneaudits, Notfallmanagement, Pflegevisiten (Protokolle, Ergebnisse), Systemaudits, Datenschutzaudits, Fehleranalyse. Wirksamkeitsüberprüfungen</p>

⁴ Vgl. Qualitätsmanagementbericht des DwB in der aktuellen Form

	<p>Beteiligte: HG, PDL, QB, Brandschutzbeauftragte / Sicherheitsbeauftragte, Hygienebeauftragte, Auditoren / Visitierende, Datenschutzbeauftragte</p> <p>11.35 – 12.30 Uhr Weitere Schwerpunktthemen 2018 Unterlagen / Medien: QM-Handbuch im Intranet, Flyer, Protokolle etc. Schwerpunkte: Fachlichkeit der Mitarbeitenden - Fort- und Weiterbildungsmanagement (Personalentwicklung, Qualifikation, Finanzierung der Fort- und Weiterbildung, Fort- und Weiterbildungsmedien) / Ausbildung (Zusammenarbeit mit den Ausbildungsstätten: Vermittlung der Nationalen Expertenstandards, Pflegeprozess), Registrierung beruflich Pflegender – Zertifizierung des internen Fortbildungsprogrammes, Einarbeitung neuer Mitarbeitender, Mitarbeitergespräche Beteiligte: HG, PDL, QB, Fortbildungsbeauftragter, Praxisanleiter und Auszubildender/-e sowie ggf. weitere Gesprächspartner.</p> <p>12.30 – 13.15 Uhr Mittagspause</p> <p>13.20 – 14.20 Uhr Ausgewählte Prozessschritte, ggf. Begehung vor Ort – Teil 1 Unterlagen / Medien: Intranet und Vor-Ort-Arbeitsplätze Schwerpunkte: Von der Aufnahme bis zur Entlassung – Aufnahme / Ersteinschätzung und Planung der Behandlung, Therapie, Pflege / Durchführung der Rehabilitation (Anwendung von Leitlinien, Pflegestandards/ Rehabilitandenorientierung während des Aufenthaltes / Visite / Sozialmedizinische Beurteilung) / Entlassung und Verlegung / Sicherstellung der Weiterbetreuung Beteiligte: HG, PDL, QB, und weitere Mitarbeitende.</p> <p>14.25 – 15.25 Uhr Ausgewählte Prozessschritte, ggf. Begehung vor Ort – Teil 2 Unterlagen / Medien: Intranet und Vor-Ort-Arbeitsplätze Schwerpunkte: Von der Aufnahme bis zur Entlassung – Aufnahme / Ersteinschätzung und Planung der Behandlung, Therapie, Pflege / Durchführung der Rehabilitation (Anwendung von Leitlinien, Pflegestandards/ Rehabilitandenorientierung während des Aufenthaltes / Visite / Sozialmedizinische Beurteilung) / Entlassung und Verlegung / Sicherstellung der Weiterbetreuung Beteiligte: HG, PDL, QB, und weitere Mitarbeitende.</p> <p>15.30 – 16.25 Uhr Begehung der Stationen - Dokumentation Schwerpunkte: Zufälliges stichprobenartiges Ziehen von Patientenakten – Vollständigkeit, Dokumentationsinseln etc., Zusammenarbeit der Berufsgruppen – Umsetzung der Expertenstandards, Aussagekraft der Verlaufsberichte, Betreuungsleistungen. Medikamentenmanagement. Beteiligte: 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 Rehabilitanden / Dokumentationsvisite / Nachweisdokumente / Begehungen</p> <p>9.00 – 9.15 Uhr Klärung von Fragen / Ausblick auf den Tag</p>

<p>Beteiligte: HG / GF / PDL / ggf. stv. PDL / QMB.</p> <p>9.20 – 12.00 Uhr Besuch und Inaugenscheinnahme ausgewählter Rehabilitanden (→ Einverständniserklärung)</p> <p>12.05 – 12.25 Uhr Auditorenzeit: Abstimmung / Durchsicht von Nachweisen usw.</p> <p>12.30 – 13.15 Uhr Mittagspause</p> <p>13.20 – 15.20 Uhr Begehung ausgewählter Abteilungen und Stationen</p> <p>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.</p> <p>16.20 – 16.30 Uhr Abschlussbesprechung mit allen Teilnehmenden und Interessierten / Rückmeldung an die Auditoren</p>
--

A. Dietel
Geschäftsführer Produkte