

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

***Seniorenzentrum Bethel Welzheim:***

**Interne Revision in Medizin und Pflege  
vom 30.01.-31.01.2018**

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

**Bericht im Auftrag des Gesellschafters**

Auditorengruppe:

Andreas Dietel, Elisabeth Seibert, Anja Schug, 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>9</b>
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>	15
3.3	KERNPROZESSE .....	19
3.3.1	<i>Pflege.....</i>	19
3.3.2	<i>Beratung und Betreuung.....</i>	22
<b>4</b>	<b>BEGUTACHTUNGEN .....</b>	<b>25</b>
4.1	BEGUTACHTUNGEN VON WOHNBEREICHEN .....	25
4.1.1	<i>Wohnbereich Mammutbäume .....</i>	25
4.1.2	<i>Wohnbereich Kastell/Limes.....</i>	28
4.1.3	<i>Wohnbereich Hagmühle.....</i>	31
4.1.4	<i>Wäscherei.....</i>	34
4.2	BEGUTACHTUNGEN VON BEWOHNERN.....	36
4.2.1	<i>Bewohner 1.....</i>	36
4.2.2	<i>Bewohner 2.....</i>	37

4.2.3	<i>Bewohner 3</i> .....	38
4.2.4	<i>Bewohner 4</i> .....	39
4.2.5	<i>Bewohner 5</i> .....	40
4.2.6	<i>Bewohner 6</i> .....	41
4.2.7	<i>Bewohner 7</i> .....	42
4.2.8	<i>Bewohner 8</i> .....	43
4.3	ÜBERPRÜFUNG DER DOKUMENTATION.....	44
<b>5</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG</b> .....	<b>46</b>
	<b>ANHANG 1</b> .....	<b>51</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 Betreuten 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 Bewohnerinnen und Bewohnern und Patientinnen und Patienten, die Begutachtung der Bewohner-/Patientenakte<sup>1</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, diskutiert und Maßnahmen / Planungen für das darauf folgende Jahr vorgestellt. Die Ergebnisse des Vorjahres stellen die Basis für die jeweils nächste Revision dar.

---

<sup>1</sup> 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 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>	30./31.01.2018	von: 9:00 Uhr	bis: 17:00 Uhr
--------------------------	----------------	---------------	----------------

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

<b>Anwesende Personen:</b>	
Begutachtende:	
1. Herr Dietel, SMG	
2. Frau Zander	
3. Frau Schug	
4. Frau Seibert	
Gesprächspartner der Einrichtung:	
1. Herr Bader	
2. Frau Brenner	
3. Frau Kelm	
4. Frau Schütze	
5. Frau Stärk	
6. Herr Strobrl	
7. Frau Mann-Bareiß	
8. Frau Eigenbrod	
9. Frau Britsch	
10. Frau Nekula	
11 Herr Symanczyk	

<b>Wann wurde die Einrichtung zuletzt von anderen Qualitätsprüfungsinstitutionen besucht</b>
--

<b>Name und Träger der Einrichtung sowie verantwortliche Personen mit Angabe der Qualifikationen:</b>	
Name der Einrichtung:	Seniorenzentrum Bethel Welzheim
Gesellschafter:	Diakoniewerk Bethel gemeinnützige GmbH
HG:	Bader Karl-Heinz
PDL / Geschäftsführerin:	Brenner Ulrike
Stv. PDL:	Kelm Kathrin
QMB:	

**Seit wann besteht die Einrichtung?**

1980

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

1. (...) keine

**Art der Einrichtung und Versorgungssituation**

Bettenanzahl: 110

Aktuelle Belegung: 110

Auslastung in %: 100,00%

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

		Monat Dezember 2017
a.	Wachkoma	0
b.	Beatmungspflicht	0
d.	Dekubitus	1
c.	Blasenkatheter	11
e.	PEG-Sonde	2
f.	Fixierung	10
g.	Kontraktur	22
h.	Vollständige Immobilität	4
i.	Tracheostoma	0
j.	MRSA	1
k.	Diabetes Mellitus	15

**Struktur der Wohn- und Pflegebereiche / Stationen**

Wohnbereich / Stationen	geht über Ebenen		Anzahl Wohnplätze / Betten				davon nach SGB XI eingestuft in Pflegegrade					nicht eingestuft		
	1	>1	1	2	3	>3	Belegung / Versorgung Gesamt	I	II	III	IV		V	
Kastell	x		30	4				0	5	15	10	4	0	
Hagmühle	x		30	8				0	7	13	13	6	0	
Mammutbäume	x		30	8				0	10	12	11	4	0	
<b>Gesamt:</b>			<b>110</b>					<b>110</b>	<b>0</b>	<b>22</b>	<b>40</b>	<b>34</b>	<b>14</b>	<b>0</b>

**Folgende Ausstattung ist vorhanden (ja/nein):**

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

**Zusammensetzung Pflegepersonal**

Qualifikationen	Vollzeit		Teilzeit		Gesamt-Std.	Geringf. Beschäftigte	
	Anzahl MA in VK	Stunden wöchentl.	Anzahl MA in VK	Stunden wöchentl.		Anzahl MA in VK	Stunden wöchentl.
Krankenschwestern	1,00	40,00	7,00	105,00	145,00		
Altenpfleger/-innen	10,00	400,00	12,00	180,00	580,00	2,00	10,54
Pflegehilfskräfte ohne Qualifikation	9,00	360,00	23,00	345,00	705,00	6,00	42,13
Pflegehilfskräfte mit Basisqualifikation	3,00	120,00	4,00	60,00	180,00		
Auszubildende		0,00	11,00	165,00	165,00		
<b>Gesamt:</b>	<b>23,00</b>	<b>920,00</b>	<b>57,00</b>	<b>855,00</b>	<b>1775,00</b>	<b>8,00</b>	<b>52,67</b>

### 3 Prüfkatalog Diakonie-Siegel Pflege, Version 3<sup>2</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 1.1.1 Führungsgrundsätze (4)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Es ist nicht die aktuelle Version der Führungsgrundsätze hinterlegt.	H: Die Führungsgrundsätze müssen der aktuellen Version angepasst werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 1.2 Qualitätspolitik und Qualitätsziele (5), F 1.2.1 Qualitätsziele 2018 (13)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die aktuellen Qualitätsziele hängen in allen Wohnbereichen aus.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 1.5 Managementbewertung (7)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: In diesem Jahr führt die Einrichtung ein Projekt zum Umgang mit kognitiv eingeschränkten Betreuten durch. In diesem Rahmen wird es umfangreiche Fortbildungen für Mitarbeitende geben sowie eine Anpassung des Parks.	

<sup>2</sup> © Diakonie-Siegel Pflege Auditcheckliste Version 3. Alle Rechte vorbehalten. DQE.

### 3.2.2 Personal

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.1 Stellenplan (10)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die Regelung nimmt nicht alle Kriterien der Anforderung auf.	H: Die Regelung muss alle Kriterien der Anforderung aufnehmen und beschreiben.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.2 Personalakquise, Beginn und Beendigung des Arbeitsverhältnisses (8)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die VA ist sehr übersichtlich und verständlich verfasst - die Prozesse sind in chronologischer Reihenfolge beschrieben.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.3 Personaleinsatzplanung (10); F 2.3.5 VA Familienfreundlicher AG (3)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die Anleitungszeiten der Praxisanleiterin für zwei Auszubildende waren im Dienstplan eingetragen bzw. vorgeplant (Februar 2018).	
F: Nicht alle Kriterien werden in der Verfahrensanweisung aufgenommen und verarbeitet.	H: Alle Kriterien müssen beantwortet werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.4 Interne Kommunikation (10), F 2.4.2 Matrix Besprechung (10); F 2.4.6 Einladung zur Teambesprechung	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Bei der nächsten Teamsitzung wird überprüft, ob die festgelegten Maßnahmen durchgeführt wurden.	
F: Die Besprechungsmatrix weist nicht aus, an welchen Montagen, Dienstagen und Mittwochen die Teambesprechungen auf den drei Wohnbereichen stattfinden. Sie weist auch nicht die ASA-Sitzung aus.	E: Die Besprechungsmatrix sollte vervollständigt werden, damit das Instrument umfassend ist.



Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.5 Stellen- und Aufgabenbeschreibung (7), F 2.5.0 Übersicht Stellen-Aufgabenbeschreibung (6), F 2.5.1 Tätigkeitsabgrenzung (7), F 2.5.2 Stellenbeschreibung Pflegefachkraft, F 2.5.4 Stellenbeschreibung operative Pflegeleitung	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Es gibt keine Aufgabenbeschreibung für den / die Brandschutzbeauftragten. Diese liegt jedoch im Handbuch der Reha-Klinik, nicht in dem des Seniorenzentrums.	
F: Die Tätigkeitsabgrenzung stellt sehr gut und übersichtlich die Aufgabenvorbehalte der einzelnen Qualifikationen dar. Die Stellenbeschreibungen enthalten noch die veraltete Bezeichnung Diakoniewerk Bethel e.V.	H: Diakoniewerk Bethel e.V. muss durch Diakoniewerk Bethel gGmbH ersetzt werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.6 Einarbeitung neuer Mitarbeiter (9), F 2.6.3 MA Info SZWE, F 2.6.8 Einarbeitungsprozess neue Mitarbeiter (6), F 2.6.6 Mitarbeiter-Beurteilung, Probezeit-Bewertung (4)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
N: Einarbeitungscheckliste 2017 - einige Mitarbeitende, Probezeitbeurteilung, Einarbeitungsbezogene Pflegevisiten bei ungelernten Mitarbeitenden, Plan - Übersicht der Mitarbeitervisiten bei ungelernten Mitarbeitenden.	
F: Die Fluktuation wird als Größe für den Einarbeitungserfolg herangezogen.	
N: Fluktuationsstatistik	
F: Jeder Mitarbeitende erhält bei Einstellung das Neue Testament.	
F: Einarbeitungscheckliste: Einstellungsbeginn ist nicht festgehalten, Einarbeitungschecklisten werden gesondert abgelegt, alles andere im Personalordner.	E: Beginn der Arbeitsaufnahme sollte in der Checkliste erfasst werden. Eine Unterschrift nach Abschluss der Checkliste sollte erfolgen.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
<b>KTQ:</b> 2.2.6 Sicherstellung des Lernerfolges; <b>DSP:</b> F 2.7 Ausbildung (8), F 2.7.1 Bewertung der Mentorin und der Ausbildungsstätte durch die Schülerinnen, F 2.7.3 Protokoll Anleitung, F 2.7.4 Checkliste Schüler Gerontopsychiatrischer Einsatz (2)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Anleitungstage werden im Vorfeld geplant und im Dienstplan festgehalten. F: Zurzeit werden acht Auszubildende in der Einrichtung beschäftigt. F: Zweimal jährlich oder häufiger finden Treffen mit den Schulen und den Praxisanleitenden statt (insbesondere die Altenpflegeschule in Lorch). Die Praxisanleitenden werden auf diese Weise über aktuelle Entwicklungen informiert. F: Die Auszubildende war zuvor als Pflegehelferin tätig und kennt die Einrichtung.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.8 Fort- und Weiterbildung (10), F 2.8.9.1 FO Wissensselbsttests3_Fehler-Medigabe, F 2.8.9.2 FO Wissensselbsttests4 GP nach Standard, F 2.8.1 VA FB-Management im DwB	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
<p>F: Der Fortbildungsplan wird auf mehrere Jahre angelegt, was noch nicht durchgehend gelingt.</p> <p>F: Im Bereich Validation wird eine eigene Mitarbeiterin qualifiziert, die dann auch die Mitarbeitenden schult - wie auch zum Thema "Palliativ Care", "Gerontopsychiatrie" etc.</p> <p>F: Selbsttests (papiergestützt) wurden erstellt und stehen zur Verfügung.</p> <p>F: FB-Pläne werden zum August jedes Jahres erstellt, so dass das Budget geplant werden kann.</p> <p>F: Die Fortbildungsbeauftragte erstellt die Pläne und spricht sie mit den Abteilungsleitung und der Einrichtungsleitung ab.</p> <p>F: Die Zertifizierung der Fortbildungen ist geplant.</p> <p>F: Die Einrichtung bietet vier Fortbildungstage an, in denen bestimmte Themen integriert sind (z.B. Datenschutz, Umgang mit Medikamenten, Hygiene, Brandschutz, SIS, Nationale Expertenstandards etc.).</p> <p>F: 2017 wurden alle Mitarbeitenden bezüglich der Pflichtteilnahmen erreicht.</p> <p>F: Seit 2017 müssen Einrichtungen für einen Zahnarztbesuch viermal jährlich sorgen.</p> <p>F: Der Weiterbildungsquotient liegt bei über 1% - das von der Einrichtung gesetzte Ziel wurde erreicht.</p> <p>N: Fortbildungsplan 2017 und 2018; Auswertung der Fortbildungen 2017 (Sekretariat Hauptgeschäftsführung)</p>	
F: Die Zertifizierung des Fortbildungsplans wird vorbereitet. Mitarbeitende sollen registriert werden.	
F: Alles, was inhaltlich relevant ist, wird nach Abstimmung finanziert.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.9 Mitarbeitergespräche (7)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Innerhalb der ersten zwei Jahre werden mit jedem neuen Mitarbeitenden im Pflegedienst im Rahmen der einarbeitungsbezogenen Pflegevisiten drei Gespräche geführt. Ansonsten führen Leitende regelhaft mit jedem Mitarbeitenden alle zwei Jahre ein Mitarbeitergespräch.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.3.6 Diakonische Angebote für Mitarbeiter (9)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Es werden diakonische Fortbildungen angeboten, b.B. erfolgt Kontaktvermittlung zu einer Kirchengemeinde (Telefonlisten liegen auf Wohnbereichen aus).	
F: Beratungsstellen sind nicht aufgeführt.	H: Beratungsstellen müssen für alle Mitarbeitenden einsehbar aufgeführt werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.11 Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) und Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) - F 2.11 bgm_handbuch	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Kennzahlen des Gesundheitsmanagement der Einrichtung sind beispielsweise die Fehlzeiten (--> Ausfallstatistik) und das Betriebsklima (--> jährliche Mitarbeitendenbefragung).	

### 3.2.3 Qualitätsmanagementsystem

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.1 Aufbau des Qualitätsmanagementsystems (10)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Das QMH ist sehr übersichtlich aufgebaut und es sind zu allen Regelungen Verfahrensanweisungen erstellt. Die Verfahrensanweisungen trennen häufig nicht eindeutig die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. So werden teilweise in der Strukturqualität Prozesse beschrieben (z.B. F 4.2) oder Strukturen in den Prozesskriterien (z.B. F 2.3).	H: Zur leichteren Verständlichkeit und zur Klarheit müssen Struktur- und Prozesskriterien getrennt voneinander dargestellt werden. Unter den Strukturkriterien müssen unter anderen die Verantwortlichkeiten eindeutig benannt sein. Die Ergebniskriterien müssen eindeutig und messbar den Ist-Zustand wiedergeben.
F: Fast alle Kriterien sind in den Verfahrensanweisungen umfänglich beschrieben. Nicht immer gehen die Inhalte auf einen Blick hervor, sondern erschließen sich nur durch Lesen der gesamten Regelung.	E: Kurze Überschriften, "fette" Hervorhebungen und ggf. kürzere Umschreibungen können dem Leser einen schnelleren inhaltlichen Überblick ermöglichen. Tippfehler sollten beseitigt werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.2 Lenkung von Dokumenten und Aufzeichnungen (8), F 3.2.1 Dokumentenmatrix - Aufbewahrungsfristen (8)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die Aufbewahrungsfrist für das QMH ist nicht eindeutig geregelt, lt. VA 10 Jahre lt. F 3.2.1 30 Jahre. Es wird empfohlen, alle pflegerelevanten Dokumente (Wie Standards) ebenfalls 30 Jahre aufzubewahren (Haftungsansprüche aus § 194 BGB).	H: Aufbewahrungsfristen in einem Dokument eindeutig regeln. Aufbewahrung von Pflegestandards muss ebenfalls 30 Jahre betragen.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.4 Beschwerdemanagement (8); F 3.4.1.1 Beschwerdeformular-Flyer 04.05.2016	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Sehr ansprechende Beschwerdeformular.	
F: Das Beschwerdemanagement ist im SZWE laut der Regelung gut etabliert. Beschwerden werden ernst genommen. Die Zufriedenheitsabfrage des Beschwerdeführers erfolgt 1x jährlich im Rahmen der Bewohnerbefragung.	E: Die Zufriedenheitserhebung nach einer Beschwerde sollte konkret und zeitnah erfolgen.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.5 Interne Audits (9), F 3.5.5 VA Wohnbereichsaudit (7)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Ein fest etabliertes Auditverfahren ist das Wohnbereichsaudit, welches 1 x monatlich in allen Wohnbereichen durch die Hygienebeauftragte durchgeführt. Das Systemaudit wird durch einen externen Auditor durchgeführt und ist innerhalb des vorgegeben Drei-Jahresrhythmus abgeschlossen.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 4.1 Umgang mit Bewohner- / Patienteneigentum (7); F 4.1.1. Umgang mit Bewohner- Eigentum Zimmerschlüssel	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: In der Verfahrensweisung (VA) werden Struktur- und Prozesskriterien vermischt. F: Die VA nimmt alle wichtigen Aspekte der Anforderung auf.	H: Zur leichteren Verständlichkeit und zur Klarheit müssen Struktur- und Prozesskriterien getrennt voneinander dargestellt werden.

### 3.2.4 Sicherheit

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 4.2 Arbeitsschutz 09 , F 4.2.6 GefStoffVerzeichnis, F 4.2.5 psychische Belastungen	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Nicht alle Aussagen werden der richtigen Kriterienkategorie zu geordnet.	H: Die Aussagen müssen der richtigen Kategorie zugeordnet werden - bspw. befinden sich in der VA 4.2 Strukturkriterien unter Prozesskriterien und umgekehrt.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 4.3 Brandschutz (6), F 4.3.1 Dokumentation Pflichtüberprüfung Brandschutztech Anlage (4),	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
<p>F: Regelmäßige Unterweisungen zum Brandschutz sowie Fortbildungen werden durchgeführt.</p> <p>F: Einmal jährlich findet ein Brandschutzaudit statt.</p> <p>F: Beim letzten Audit wurde festgestellt, dass einige Evakuierungsdecken defekt waren und ersetzt werden müssen.</p> <p>F: Die Teilnahme an den Fortbildungen zum Brandschutz ist verpflichtend für alle Mitarbeitenden - die Teilnahme wird durch eine Mitarbeiterin nachgehalten.</p> <p>F: Alle Pflichtfortbildungen werden dokumentiert - 2017 wurden bezüglich der Pflichtfortbildungsteilnahme 100% aller Mitarbeitenden erreicht.</p> <p>F: Die Aufgabenbeschreibung des Brandschutzbeauftragten liegt im QM-Handbuch der Reha-Klinik.</p> <p>F: Die Brandverhütungsschau fand vor zwei Jahren statt. Daraufhin wurden einige Maßnahmen an den brandschutztechnischen Anlagen vorgenommen.</p> <p>N: Präsentationsfolien Brandschutzunterweisungen 2016, Brandschutzübung 2016</p>	
<p>N: 12.5.2016 "Begehungsprotokoll betrieblicher Brandschutz", es sind noch nicht alle Maßnahmen umgesetzt bzw. Empfehlungen geprüft worden (z.B. Prüfung Feststellanlagen, Blindzylinder, Schilder elektrische Anlagen).</p> <p>N: Sachverständigenbericht technische Gebäudeausrüstung vom 07.04.2016, einige Maßnahmen/ Empfehlungen noch offen.</p>	H: Alle Maßnahmen/ Empfehlungen müssen terminiert, verfolgt und umgesetzt bzw. Empfehlungen ggf. begründet abgelehnt werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 4.4 Wartungs- und Kontrollsystem (5) , F 4.4.2.2 Externe Wartung - Vertragsfirmen, F 4.4.2.3 Geräteeinweisungsliste, F 4.4.4 Prüfprotokoll el_Geräte, F 4.4.6 Checkliste Überprüfung Verbandskästen, F 4.4.1 VA Umgang mit Medizinprodukten (7)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
<p>F: Aktive Medizinprodukte (Beispiel: Pflegebetten) werden regelmäßig - hier: jährlich - geprüft.</p> <p>F: Die Begehungen zur Sicherheit finden zusammen mit der Fachkraft für Sicherheit (BAD) statt - alle drei Jahre ist die komplette Einrichtung begangen.</p> <p>F: Der Maßnahmenplan liegt vor - ersichtlich sind Maßnahmen, die aus den Begehungen resultieren.</p> <p>F: Während der Leitungssitzungen werden alle vier Wochen die Ergebnisse von qualitätsrelevanten Verbesserungspotentialen durchgesprochen.</p> <p>N: Maßnahmenplan 2017, Gefährdungsbeurteilung Ergonomie 2016, Psychische Gefährdungsbeurteilung 2017, Übersicht Teilnahmenachweise Notfallmanagement (Ersthelfer, Notfälle) 2017</p>	
F: Die Regelung zum Betreiben der Medizinprodukte ist sehr ausführlich.	E: Die Einrichtung sollte überlegen, ob Angaben zur Medizinproduktebetriebsverordnung aus der VA ausgelagert und als Anhang beigefügt werden könnten.
F: Im Rahmen der Begehung stichprobenartig geprüfte elektrische Geräte der Bewohner wiesen alle eine gültige Prüfplakette aus.	
F: Ein Blutdruckgerät (Wohnbereich Kastell/Limes) war 2017 mit der Messtechnischen Kontrolle geplant, diese wurde noch nicht durchgeführt.	H: Messtechnische Kontrollintervalle müssen eingehalten werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 4.5 Hygiene (5),	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
<p>F: Wohnbereichs- / Abteilungsaudits werden von der Hygienebeauftragten geplant und durchgeführt.</p> <p>F: Einer der Verbesserungspotentiale, die im Vordergrund standen, war der Umgang mit den Kältspeisen in den Verteilerküchen. Das Thema wurde ausführlich behandelt, so dass der Umgang nun im Rahmen der Vorgaben liegt.</p> <p>F: Unangekündigte Personalvisiten werden durch die Hygienebeauftragte, die zu 20% im Seniorenzentrum in dieser Funktion arbeitet, durchgeführt. Fortbildungen werden jährlich geplant und thematisch mit den Ergebnissen der aktuellen Audits ergänzt. Die Wirksamkeit der Schulungen wird nachgehalten.</p> <p>N: Ergebnisbericht Hygiene 2017, Ergebnisliste Personalhygiene 2017, Nachauditprotokolle</p>	
<p>F: In der Verfahrensweisung wird auf andere Medien, wie das aktuelle Hygienehandbuch verwiesen (Quelle, Kapitelangabe), wenn bestimmte in der Anforderung genannte Kriterien beschrieben werden. Nicht alle Kriterien werden in dieser Weise richtig erfasst.</p> <p>F: Die Kriterienbeschreibung (Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität) ist nicht durchgehend verständlich. Nicht alle Strukturkriterien werden benannt.</p>	<p>H: Die Einrichtung muss die Organisation der Hygieneaudits ausführlicher beschreiben.</p> <p>H: Die Verfahrensweisung muss entlang des PDCA-Zyklus geordnet werden.</p>

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 4.6 Gebäude und Geländesicherheit (6)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Nicht immer werden nachmessbare Angaben gemacht.	H: Kriterien müssen stets nachmessbar und deren Umsetzung überprüfbar formuliert werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 4.7 Datenschutz (6), F 4.7.1 Dienstanweisung Datenschutz SZWE, F 4.7.2 Datenschutz _Personal (4), F 4.7.3 Öffentliches Verzeichnisse SZWE	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: In der Verfahrensweisungen werden Festlegungen aus dem Datenschutz wiederholt und Konkretes nicht benannt. Einige Aspekte werden mehrfach genannt und wiederholt. Teilweise wird die Konkretisierung im vorhergehenden Text begründet, einige Angaben lassen sich nicht nachmessen.	H: Die Einrichtung muss konkret werden, so dass insbesondere neue Mitarbeitende sich schnell orientieren können.
F: In der Regelung werden nicht alle Kriterien der Anforderung aufgenommen. Der Datenschutz wird zurzeit neu organisiert.	H: Die Kriterien der Anforderung müssen beantwortet werden.
F: Die Einrichtung hat eine Datenschutzbeauftragte benannt, die im Rahmen ihrer Tätigkeit noch an der Fortbildung teilnehmen. Planungen zum Vorgehen stellt die Datenschutzbeauftragte zur Internen Revision vor. F: Themen des Datenschutzes: Visiten auf den Stationen (Reha-Klinik) und Telefonauskünfte, Auslegen von Dokumenten.  N: Planung 2018	
F: Wohnbereich Limes - Schreddergut wird offen gesammelt und 1 x wö. geleert. F: Bildschirmsperre erfolgt automatisch nach 3 Min.	E: Schreddergut sollte im abgeschlossenen Behälter gesammelt werden.



### 3.3 Kernprozesse

#### 3.3.1 Pflege

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.4 Pflegeprozess, Pflegeplanung, Pflegestandards	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Einrichtung hat die Strukturierte Informationssammlung (SIS) eingeführt und beschreibt das Vorgehen in der Verfahrensweisung.	E: In der Beschreibung zur Anwendung der SIS wird die fachliche Einschätzung als Teil der SIS genannt - die Zitate des Betreuten bzw. auch der sog. "Verständigungsprozess" gehören zum Konzept der SIS und müssen erwähnt werden.
F: Der SIS-Bogen wird EDV-gestützt geöffnet und geführt. Der tagesstrukturierte Maßnahmenplan kann auf diese Weise noch nicht erstellt werden - die Pflegeplanung wird im EDV-System MCC erstellt. F: Bei der Umstellung wurde ein Wohnbereich als Pilotbereich herangezogen und motivierte Mitarbeitende zur Dokumentation gewonnen.	
F: Gut: Auf andere Verfahrensanweisungen, in denen Themen dieser Anforderung beschrieben werden, wird hingewiesen.	
F: Viele Standards sind für den "Immer-so-Beweis" wieder implementiert. Überwiegend sind Quellenangaben angegeben, in einigen fehlen diese (z.B. Aspirationsprophylaxe, Kontraktur)	H: alle Standards müssen um Quellen-/Literaturangaben ergänzt werden.
Hr. F: WB Mammutbäume: Schmerzmanagement - BTM-Bestand entspricht der Eintragung im BTM-Buch; Die Planung bildet den Prozess zum Schmerzmanagement ab. Nach Verabreichung von Bedarfsmitteln wurde im Pflegebericht nicht dokumentiert, wie das Schmerzempfinden nach 60 Minuten war.	H: Nach Bedarfsmittelgabe muss das Schmerzempfinden erfragt werden - hier: Bewohner ist selbstständig und meldet sich eigenständig (Notiz in der Pflegeplanung).
Hr. S: Schmerzmanagement: Nach Bedarfsmittelgabe wurde nicht dokumentiert, wie das Schmerzempfinden nach einer Stunde war.	H: s.o.
Fr. H: BMI 18. Stabiles Gewicht, muss mehrere kleine Mahlzeiten zu sich nehmen. Vitalzeichen (BMI) wurden gemessen und dokumentiert. Der Schmerz bei Bewegung der Knie wird beschrieben, die Maßnahmen und die Beschreibung sind teilweise nicht klar.	H: Das Phänomen Schmerz muss präzise beschrieben werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.5 Pflegedokumentationssystem (9), K 1.5.6 Schmerzanamnese, K 1.5.5.1 SIS-Tagespflege, K 1.5.5 SIS-stationaer_ausfuellbar_A3_V3.0_2017, K 1.5.3.2 Wunddokumentation S 1	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die Einrichtung dokumentiert nach dem Konzept der SIS - noch papiergestützt, jedoch wird zurzeit konzernweit ein Projekt zur Reduktion der papiergestützten Dokumentation durchgeführt.	
F: Eine Evaluation der Planung findet regelhaft alle drei Monate statt und nach Veränderungen des Zustandes.	H: Die Individualisierung wird durch die spezifische Evaluation von einzelnen Maßnahmen ausgedrückt, die auf einen instabilen Zustand der Betreuten bzw. auf Risiken des Betreuten hinweisen. Die Bewertung muss durch individuelle Evaluationszyklen erkennbar sein können.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.6 Mitwirkung bei ärztlicher Diagnostik und Therapie (11)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die zahnärztliche Anordnung erfolgt ebenfalls über die Behandlungsanordnung, Medikamentenanordnung über das Verordnungsblatt. Die Kommunikation und der Informationsfluss zwischen Zahnarzt und Pflegekräften erfolgt über zahnärztlichen Überleitbogen, Aufnahmebogen, Information und Pflegeanleitung, sowie Mundhygieneplan.	
F: Gut: In der Verfahrensanweisung wird ausführlich die Tätigkeitsabgrenzung von Pflegefach- und -hilfskraft beschrieben. Diese Eindeutigkeit schafft Sicherheit.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.7 Umgang mit Medikamenten und Betäubungsmitteln (BTM) 10, K 1.7.1 Bestellliste für Medikamente, K 1.7.5 Protokoll Übergabe Betäubungsmittel beim Auszug von Kurzzeitpflegeperson	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die Verfahrensanweisung ist vollständig.	
F: BTM: In einem Fall war nicht erkennbar, wie sich die Dosierung in ml und mg ausdrückt. Im BTM-Handbuch war folglich kein Übertrag (Rest in der Tropfenflasche) vorhanden und keine Kontrolle über den Verbrauch vorhanden. Die Tropfenflasche enthielt unklare Angaben zur Dosierung ("... 50 mg / ml 20 ml ...", Medikation in der Flasche: 1 g).	H: Eine Klärung muss (ggf. gemeinsam mit dem Arzt / Apotheke) herbeigeführt werden, damit nachweislich der Bestand geführt werden kann.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.8 Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen (6), K 1.8.2 FEM Betroffene sind einwilligungsfähig27_12_17, K 1.8.4 Leitfaden zur Reduzierung FEM	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Nicht immer werden in der Regelung eindeutige Aussagen getroffen.	H: In der Regelung muss festgelegt werden, was die Mitarbeitenden bei bestimmten Situation unternehmen müssen. Formulierungen wie "wir empfehlen" oder "ist unter Umständen" müssen gänzlich aus den Regelungen entfernt werden. E: Die Formulierung Vormundschaftsgericht sollte geprüft werden.
F: In der Regelung werden überwiegend eindeutige Aussagen getroffen, die Informationen für insbesondere neue Mitarbeitende bereitstellen und das richtige Handeln ermöglicht.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.11 Pflegeüberleitung (3)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die Einrichtung nutzt einen standardisierten Überleitungsbogen der Rems-Murr-Kliniken.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.12 Verhalten in Notfallsituationen , K 1.12.1 Ersthelfer 8, K 1.12.2 Hypoglykämischer Schock, K 1.12.4 Herz Kreislauf Kollaps, K 1.12.11 Verbrennungen Verbrühung	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die Einrichtung hat Regelungen zu besonderen Notfallsituationen entwickelt.	
F: Alle Pflegefachkräfte wurden zu Ersthelfern ausgebildet (--> DRK).	
F: 2017 wurden fünf Notfälle dokumentiert. Stürze mit Frakturen werden in einer anderen Statistik ausgewertet. F: In der Einrichtung wurden 161 Stürze dokumentiert, vier Betreute mussten nach einem Sturz in das Krankenhaus eingewiesen werden.  N: Notfall-Auswertung 2017, Sturzstatistik	H: In der Statistik müssen auch Stürze mit Krankenhauseinweisung aufgeführt werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.13 VA Umgang mit Sterben und Tod (9), K 1.13.4 Palliativ Care (5), K 1.13.4.2 Notfallplan Palliativ (ohne Version); K 1.13.4.1 Flyer Palliativ Care (10.05.16)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die Einrichtung hat Mitarbeitende zu Palliativ-Fachkräften qualifiziert.	E: Eine Übersicht aller Zusatzqualifikationen sollte erstellt werden.
F: Schmerzlinderung und Symptombehandlung wird in der VA nicht beschrieben. Wie wird damit in der Praxis umgegangen?	H: Schmerzlinderung und Symptombehandlung müssen in der VA beschrieben werden.

### 3.3.2 Beratung und Betreuung

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 2.1 Erstkontakt, Erstgespräch, Beratung (7), K 2.1.0 Erstgespräch, K 2.1.0.1 Aufnahmezeit, K 2.1.3 Aufnahmebogen VS, K 2.1.4 Aufnahmebogen KZP	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
<p>F: Die Heimleitung ist für die Erstgespräche verantwortlich und führt diese, nachdem ein Erstkontakt das Interesse der potentiellen Bewohner oder Bewohnerinnen geweckt hat.</p> <p>F: Wenn sich zeigt, dass die Interessenten das Angebot wahrnehmen und in die Einrichtung einziehen möchten, werden entsprechende Unterlagen ausgeteilt, die hilfreiche Ratschläge für die Vorbereitungen zum Einzug geben.</p>	
<p>"F: Die stv. Heimleiterin nimmt regelhaft die Anfragen von Interessierten an. Nach Büroschluss nimmt ein Wohnbereich Anfragen an - die Rückmeldung erfolgt am nächsten Tag. Online-Anfragen werden ebenso am drauffolgenden Tag beantwortet.</p> <p>F: Vertreten wird die stv. Heimleiterin durch die Operativen Leitungen und die Pflegedienstleitung.</p> <p>F: Geht der Anruf bei der Pforte ein, wird die Telefonnummer der Interessenten notiert sowie der Grund der Anfrage (Nachfrage Kurzzeitpflege oder Langzeitpflege)."</p>	
<p>F: Nicht alle Kriterien finden sich in der VA wieder, so fehlen bspw. folgende Angaben: Ansprechperson, Kostenvoranschlag, Beratung zu finanziellen, organisatorischen, seelsorgerlichen, hauswirtschaftlichen und pflegerischen Fragen.</p>	<p>H: Alle Kriterien müssen bearbeitet werden.</p>

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 2.1 Erstkontakt, Erstgespräch, Beratung (7), K 2.1.0 Erstgespräch, K 2.1.0.1 Aufnahmetag, K 2.1.3 Aufnahmebogen VS, K 2.1.4 Aufnahmebogen KZP	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
<p>"F: Die stv. Heimleiterin informiert im Erstgespräch über die Kosten, über das Angebot, Hilfsmittel (Inkontinenzeinlagen) etc. Eine Operative Leitung ist bei den Erstgesprächen ebenso anwesend - pflegerelevante Themen werden beim Erstgespräch besprochen.</p> <p>F: Die Daten aus den Erstgesprächen werden per ""Aufnahme-e-Mail"" bspw. an die Wohnbereiche, die Küche (Ernährungsberatung), die Betreuung (Beschäftigungstherapeuten) weitergeleitet.</p> <p>F: Die Mitarbeitenden der Beschäftigung besuchen die neuen Betreuten am Tag der Aufnahme. Nach rund 7 Tagen wird aus den Informationen die Betreuungsplanung (edv-gestützt).</p> <p>F: Die Ernährungsberatung wird über die kritischen Betreuten informiert, die in der Folge einmal monatlich gewogen werden. Die Pflegefachkräfte / die Mitarbeitenden der Wohnbereichsküchen überwachen, ob Betroffene die angesetzte Kost auch zu sich nehmen.</p> <p>F: Die Bezugspflegende steuert den Prozess und bespricht weitere Maßnahmen. Die Ernährungsberaterin kontrolliert das Gewicht der Betroffenen und Normalgewichtigen alle vier Wochen.</p> <p>F: Die Leiterin der Hauswirtschaft wird von der stv. HL über Aufnahmen informiert. Hiermit sind unterschiedliche Maßnahmen verbunden, wie bspw. die Vorbereitung der Namensschilder für die Wäsche, die die Bewohnerinnen und Bewohner mitbringen.</p> <p>F: Die Reinigungskräfte werden ebenso informiert - eine desinfizierende Reinigung wird sofort nach Entlassung vorgenommen.</p> <p>F: Die Mitarbeitenden der Pflege prüfen nach Entlassung das Zimmer auf Funktionen (Licht, Wasser) oder Erscheinung des Zimmers.</p> <p>F: Haustiere können mitgebracht werden - das Tier benötigt jedoch einen Gesundheitspass (Freiheit von ansteckenden Krankheiten). Das Tier muss von den Bewohnern und Angehörigen versorgt werden.</p> <p>N: K 2.1.0 Erstgespräch, K 2.2.2 Begleitung beim Heimeinzug, K 2.2.5 Tiere im Heimalltag"</p>	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 2.2 Betreuungskonzept (7), K 2.2.2 Begleitung beim Heimeinzug Erstkontakt Soz Betreuung	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
<p>F: Die Betreuungsassistenten begleiten die neuen Bewohnerinnen und Bewohner insbesondere in den ersten Tagen des Einzugs.</p> <p>F: Einzelbetreuungen am Bett können zwei bis dreimal die Woche gewährleistet werden.</p> <p>F: Das Konzept zur Betreuung von männlichen Bewohnern wird zurzeit überarbeitet und ergänzt. Rückmeldungen der männlichen Bewohner sind "schleppend" was das Angebot betrifft. Der Männerstammtisch wird bisher gut angenommen. Filmabende für Männer sind in Vorbereitung, ebenso wie die Modelleisenbahn.</p> <p>N: Begleitung beim Heimeinzug, Leistungsnachweise / Berichte der Betreuungsassistenten und -assistentinnen</p>	

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

## 4 Begutachtungen

### 4.1 Begutachtungen von Wohnbereichen<sup>3</sup>

#### 4.1.1 Wohnbereich Mammutbäume

Datum:	31.01.2018
Begleitpersonen:	Frau Stärk, Hr. 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? Mitarbeitern bekannt?	iO
<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*	Das Lager der Reinigung befindet sich im Keller.
<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)*	iO
	<b>Notfallausstattung*</b>	k.B.
	<b>Funktionskontrolle</b> der Medizinprodukte durch die Mitarbeiter des Bereiches*	k.B.
	Beachtung des Datenschutzes*	k.B.
	Überwachung der Kühlschranktemperatur (dokumentiert?)	k.B.
<b>F 4.5 Hygiene**</b>	Ausstattung Pflegewagen* / Arbeitsmittel im ausreichenden Umfang (Handschuhe, Händedesinfektionsmittel etc.) vorhanden?*	iO
	Sauberkeit / Pflege der Rollstühle, Lifter und anderer Hilfsmittel*	Ein Toilettenstuhl war an der Topfhalterung ein wenig schmutzig. Abgesehen davon waren alle gesehenen Hilfsmittel sehr sauber.
	Veröffentlichung von Sicherheitsanweisungen, z.B. Verhalten im Notfall*	iO
	Erforderliche Hygienemaßnahmen bei Isolierten (Schutzkleidung, Hauben, Mundschutz, Handschuhe, Einmalkittel, Wäsche, Abwurf, Reinigung)?*	iO
	Umgang mit reinem / unreinem Arbeitsraum / Arbeitsmitteln*	iO

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

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
	Lagerung der Verbandsmaterialien / Sterilgut*	iO
	Kleidung der Mitarbeiter*	iO
	<b>Gesamteindruck</b> Sauberkeit und Hygiene **	Die Wohnbereiche Buchsbaum und Mammutbäume 1 und 2 sind sehr sauber und gepflegt. Die persönliche Schutzausrüstung ist vorhanden, vor einem Zimmer sind alle notwendigen Utensilien zum Schutze des MRSA aufgebaut.
	<b>Gesamteindruck</b> Sauberkeit und Hygiene **	iO
<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)?*	
	BTM – Buch und Aufbewahrung (Vollständigkeit) / Verblisterung / Vier-Augen-Prinzip*	iO
<b>K 2.2 Wohnraumgestaltung **</b>	Gestaltung der Gemeinschaftsräume**	Die Gemeinschaftszonen sind detailreich gestaltet, sauber und wohnlich.
	Gestaltung der Außenbereiche - Balkone / Gehwege / Bepflanzungen**	k.B.
	Erscheinungsbild der Flure / Gestaltung der Sitzgelegenheiten / Informationstafeln etc.**	Sehr gepflegt - teilweise jedoch mit sehr vielen Kratzern und Schrammen an den Zargen und Wänden.
	Veranstaltungsübersicht**	iO
	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 gepflegt.
	Gerüche?*	Keine.
	Sanitärbereiche und Funktionsräume**	Sehr sauber.
	Sauberkeit und Ordnung in Gemeinschaftsräumen**	Sehr sauber.
	Sauberkeit der Umgebung: Fenster, Sonnenschutz / Jalousien **	Sehr sauber.
	Sauberkeit Verteilerküchen**	k.B.
<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>	Wird in der Telefonliste, die im QM-Handbuch elektronisch abgelegt ist und eingesehen werden kann, aufgeführt. Beratungsstellen sind nicht aufgeführt. H: Beratungsstellen müssen für alle Mitarbeiter einsehbar aufgeführt werden.



Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
	Utensilien zur Gestaltung des Abschieds von verstorbenen Bewohnern ('Aussegnungssets') in allen Wohnbereichen?*	iO
<b>Sonstiges</b>	Namenschilder?	iO
	FeM: Bei Freiheitsentziehenden Maßnahmen: liegt Gerichtsbeschluss vor? (Stichprobe)*	iO
	Handzeichenlisten aktuell? (Stichprobe: von der HZ-Liste zum Dienstplan zur Akte - Übereinstimmung?)*	k.B.
	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?	Die Aufnahme wird durch die stv. Heimleitung bekannt gegeben - an alle Berufsgruppen (Technik, Pflege, Ernährungsberaterin, Betreuung etc.).
Kennen Sie die Ziele Ihrer Einrichtung? Kennen Sie die Ihrer Abteilung für dieses Jahr? Wissen Sie, wo Sie im Moment stehen?	Die Jahresziele für die Einrichtung und die Mitarbeitenden hängen in den Dienstzimmern aus.	
	Dienst- / Tourenplanung - Kap. 4.1.1	
	Interne Kommunikation - Kap. 4.1.1	
	Datenschutz - Kap. 4.3 (k113f)	
<b>Gesamtbewertung**</b>		Alle begangenen Wohnbereiche sind sehr sauber und gepflegt - alle Fragen zur Organisation konnten beantwortet werden.

**Legende:**

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

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

### 4.1.2 Wohnbereich Kastell/Limes

Datum:	31.1.2018
Begleitpersonen / Leitungen:	Frau Kelm, Frau Schütze, Frau Zander

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? Mitarbeitern bekannt?	iO
<b>F 4.3 Brandschutz*</b>	Aushang von Flucht- und Rettungsplänen*	iO
	Sind Fluchtwege / Flure frei begehbar?*	ja
	<b>Sicherheit:</b> Zugang zu gefährlichen Substanzen*	iO Der Wasserkocher steht direkt auf der Arbeitsplatte, es sollte geprüft werden, ob diese feuerfest ist.
<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)*	Betriebsanleitung zum Incidin hängt aus, mitgebrachte Elektrogeräte werden umgehend mit einer BGV-Prüfung unterzogen, Siegel sind gut sichtbar angebracht.
	<b>Notfallausstattung*</b>	iO Der Verbandkasten wird 1 x monatlich geprüft. Alle festangestellten MA sind Ersthelfer.
	<b>Funktionskontrolle</b> der Medizinprodukte durch die Mitarbeiter des Bereiches*	Kontrollmessungen Blutzuckermessgerät finden nachweislich 1 x wö. statt. Messtechnische Kontrolle des RR-Gerätes 2017 notwendig, noch nicht erfolgt. H: MTK RR-Gerät durchführen.
	Beachtung des Datenschutzes*	Schreddergut wird offen gesammelt und 1 x wö. geleert. E: Schreddergut sollte im abgeschlossenen Behälter gesammelt werden.
	Überwachung der Kühlschranktemperatur (dokumentiert?)	Wird täglich kontrolliert.
<b>F 4.5 Hygiene**</b>	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)?*	Bei Erfordernis werden die notwendigen Materialien, welche im Lager aufbewahrt werden, bereitgestellt.
	Umgang mit reinem / unreinem Arbeitsraum / Arbeitsmitteln*	iO
	Lagerungshilfsmittel*	iO
	Lagerung der Verbandsmaterialien / Sterilgut*	k.B.
	Kleidung der Mitarbeiter*	iO
	<b>Gesamteindruck</b> Sauberkeit und Hygiene **	Sehr sauberer und aufgeräumter Wohnbereich.

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
<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*	Finden lt. Aussage 1 x mon. statt und werden dokumentiert.
	Entsprechen die gestellten Medikamente denen, die der Arzt angeordnet hat (Abgleich Medikamente / Verordnung)?*	iO
	BTM – Buch und Aufbewahrung (Vollständigkeit) / Verblisterung / Vier-Augen-Prinzip*	iO Bei allen 3 Stichproben gab es keine Abweichungen.
	<b>K 2.2 Wohnraumgestaltung **</b>	Gestaltung der Gemeinschaftsräume**
Gestaltung der Außenbereiche - Balkone / Gehwege / Bepflanzungen**		k.B.
Erscheinungsbild der Flure / Gestaltung der Sitzgelegenheiten / Informationstafeln etc.**		iO
Veranstaltungsübersicht**		Hängen aus, fester Wochenplan und Halbjahresplan für größere Veranstaltungen, aktuelle Veranstaltungen werden durch tagesaktuelle Aushänge bekannt gegeben.
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)**	Gut gesäubert, keine verschmutzten Bereiche.
	Gerüche?*	Nein.
	Sanitärbereiche und Funktionsräume**	iO
	Sauberkeit und Ordnung in Gemeinschaftsräumen**	iO
	Sauberkeit der Umgebung: Fenster, Sonnenschutz / Jalousien **	iO
	Sauberkeit Verteilerküchen**	Sehr sauber, Kühlschranktemperatur wird tgl. kontrolliert.
<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 ( <b>NT</b> )*	iO
	<b>Angebotsübersicht</b> gut sichtbar?*	ja
	<b>Bibel</b> / Feiern und Loben / andere Gesangsbücher in allen <b>Wohnbereichen</b> / Einlegeblätter?*	iO
	<b>Liste der Pastoren / Pfarrer*</b>	Die Leiterin der sozialen Betreuung hat Ausbildung zur Seelsorge. Liste im QMH hinterlegt, wird b.B. herausgegeben.
	Utensilien zur Gestaltung des Abschieds von verstorbenen Bewohnern ( <b>'Aussegnungssets'</b> ) in allen Wohnbereichen?*	iO

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
Sonstiges	Namenschilder?	iO
	FeM: Bei Freiheitsentziehenden Maßnahmen: liegt Gerichtsbeschluss vor? (Stichprobe)*	t.n.z.
	Handzeichenlisten aktuell? (Stichprobe: von der HZ-Liste zum Dienstplan zur Akte - Übereinstimmung?)*	Liegen in der Personalabteilung vor, werden 1 x jährl. aktualisiert, Dienstplan wird vier Wochen vor Gültigkeit erstellt.
	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?	Je nach Möglichkeit Informationen eine Woche im Vorfeld, manchmal auch einen Tag zuvor, wenn eine Aufnahme kurzfristig erfolgt.
	Kennen Sie die Ziele Ihrer Einrichtung? Kennen Sie die Ihrer Abteilung für dieses Jahr? Wissen Sie, wo Sie im Moment stehen?	Qualitätsziele hängen im Dienstzimmer aus.
	Dienst- / Tourenplanung - Kap. 4.1.1	
	Interne Kommunikation - Kap. 4.1.1	
	Datenschutz - Kap. 4.3 (k113f)	
<b>Gesamtbewertung**</b>		Sehr sauberer, freundlich gestalteter und ordentlicher Wohnbereich. Der Wohnbereich könnte um eine Sitzecke/Sofa als Rückzugsmöglichkeit/ gemütliches Sitzen ergänzt werden, was perspektivisch auch angedacht ist.

**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).

### 4.1.3 Wohnbereich Hagmühle

Datum:	31.1.2018
Begleitpersonen / Leitungen:	Frau Brenner, Herr Strobel, Frau Schug

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
<b>F 4.2 Arbeitsschutz*</b>	Hautschutzplan der BGW / Hygieneplan*	
	<b>Frage aus F 4.5:</b> Aushang aktueller Hygiene- und Desinfektionspläne? Wird Hautschutz mit in die Hinweise eingeschlossen? Mitarbeitern bekannt?	iO E: Prüfplaketten für Desinfektionsmittel.
<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*	iO
<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)*	iO
	<b>Notfallausstattung*</b>	iO
	<b>Funktionskontrolle</b> der Medizinprodukte durch die Mitarbeiter des Bereiches*	iO
	Beachtung des Datenschutzes*	iO
	Überwachung der Kühlschranktemperatur (dokumentiert?)	iO
<b>F 4.5 Hygiene**</b>	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
	Umgang mit reinem / unreinem Arbeitsraum / Arbeitsmitteln*	iO
	Lagerungshilfsmittel*	iO
	Lagerung der Verbandsmaterialien / Sterilgut*	iO
	Kleidung der Mitarbeiter*	iO
	<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.*	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
		iO
	BTM – Buch und Aufbewahrung (Vollständigkeit) / Verblisterung / Vier-Augen-Prinzip*	iO
<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**	iO
	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)**	iO
	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>		
<b>Diakonisch-Kirchliche Angebote *</b>	<b>Leitbilder</b> gut sichtbar und bewohnerorientiert angebracht?*	iO
	Ausstattung der Bewohnerzimmer / Büros mit Neuem Testament ( <b>NT</b> )*	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>	iO
	Utensilien zur Gestaltung des Abschieds von verstorbenen Bewohnern ( <b>'Aussegnungssets'</b> ) in allen Wohnbereichen?*	iO

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
Sonstiges	Namenschilder?	iO
	FeM: Bei Freiheitsentziehenden Maßnahmen: liegt Gerichtsbeschluss vor? (Stichprobe)*	k.B.
	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*	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?	Hängen auf den Wohnbereichen aus.
		Dienst- / Tourenplanung - Kap. 4.1.1
	Interne Kommunikation - Kap. 4.1.1	
	Datenschutz - Kap. 4.3 (k113f)	
<b>Gesamtbewertung**</b>		Gemütliche Aufenthaltsräume, große helle Bewohnerzimmer, zahlreiche Bilder, Gemeinschaftszonen für die Bewohner, Kondolenzbuch sehr schön und individuell gestaltet.

**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

### 4.1.4 Wäscherei

Datum:	31.1.2018
Begleitpersonen / Leitungen:	Frau Brenner, Frau Nekula, Frau Seibert

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? Mitarbeitern bekannt?	iO
<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*	t.n.z.
	<b>Notfallausstattung - Verbandkasten*</b>	iO
	<b>Funktionskontrolle</b> der Waschmaschinen, Schleudern, Trockner etc. durch die Mitarbeiter des Bereiches*	1 x jährliche Überprüfung, ansonsten bei Bedarf.
	Beachtung des Datenschutzes*	iO
	Überwachung der Kühlschranktemperatur (dokumentiert?)	t.n.z.
<b>F 4.5 Hygiene**</b>	Arbeitsmittel im ausreichenden Umfang (Handschuhe, Händedesinfektionsmittel etc.) vorhanden?*	iO
	Ausstattung Reinigungswagen*	t.n.z.
	Veröffentlichung von Sicherheitsanweisungen, z.B. Verhalten im Notfall*	
	Erforderliche Hygienemaßnahmen bei Isolierten (Schutzkleidung, Hauben, Mundschutz, Handschuhe, Einmalkittel, Wäsche, Abwurf, Reinigung)?*	Getrennte Aufbewahrung.
	Trennung von reinem / unreinem Arbeitsraum / Arbeitsmitteln*	iO
	Kommt ein desinfizierendes Waschmittel zum Einsatz?	Wird verwendet.
	Proben der Wasserentnahmestellen nach Trinkwasserverordnung? Wann erfolgte die Überprüfung das letzte mal?	Wird 2 x jährlich geprüft.
	Lagerung des Sterilgutes*	t.n.z.
	<b>Gesamteindruck</b> Sauberkeit und Hygiene (Ordnung in den Dienstzimmern / Kleidung der Mitarbeiter)**	Sehr sauber, hygienisch gut organisiert.



Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
Sonstiges	Namenschilder?	
	Einarbeitung der Mitarbeiter: Wer kümmert sich um die neuen MA / Zwischen- / Abschlussgespräche?	iO
	Handzeichenlisten aktuell? (Stichprobe: von der HZ-Liste zum Dienstplan zur Akte - Übereinstimmung?)*	t.n.z.
	Pflichtfortbildungen: Wie überprüfen Sie die Teilnahme an den Pflichtfortbildungen? Was tun Sie, wenn die MA nicht teilnehmen konnte?	iO
	Wann informieren Sie die Bewohner über Reinigungsmaßnahmen?	t.n.z.
	Wie erfahren Sie von den Überprüfungsergebnissen (Hygiene, Brandschutz, Arbeitsschutz)?	iO
	Welche Verbesserungen / Abweichungen gab es im letzten Jahr?	Eine neue Waschmaschine.
	Wie geht der Abtransport der Altwäsche / Bestückung Neuwäsche vonstatten?	Gut geregelt.
	Rutschfester Fußboden*	
	Wann erfahren Sie von Aufnahmen?	Per mail ab Aufnahmetag.
	Kennen Sie die Ziele Ihrer Einrichtung? Kennen Sie die Ihrer Abteilung für dieses Jahr? Wissen Sie, wo Sie im Moment stehen?	
<b>Gesamtbewertung**</b>		Insgesamt ein sehr gut geführter Bereich, alle Bereiche der Hygiene des Arbeitsschutzes und Brandschutz sind sehr gut umgesetzt, die MA sind mit ihrem Arbeitsbereich sehr zufrieden.

**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 Bewohnern

### 4.2.1 Bewohner 1

<b>Datum:</b>	31.1.2018			<b>Geb.Datum:</b>	
<b>Name, Vorname:</b>				<b>Bereich / Abteilung:</b>	
<b>Betreuung:</b>	Angehörige			<b>Pflegegrad</b>	5
<b>Derzeitige Situation:</b>	Teilweise orientiert - tagesabhängig; Eingeschränkte Mobilität - Aktivierung in den Rollstuhl; Transfers in den Rollstuhl / auf die Toilette mit zwei Personen, inkontinent, kann sich mitteilen, oft jedoch undeutliche Sprache; Tag-Nacht-Umkehr; unruhig im Rollstuhl - Sturzgefahr - Niederflurbett; fährt teilweise im Rollstuhl durch die Gänge - verwechselt die Zimmer; erkennt seine Kinder noch, jedoch nicht die Enkelkinder; Unterstützung bei der Körperpflege, bei der Medikamenteneinnahme und bei der Speisenaufnahme; Wurstbrot / Kiwi / Bier sind seine Lieblingsspeisen; Mehrere Stürze sind dokumentiert - ohne Verletzungen (ausgenommen Schürfwunden);				
<b>Medizinische Diagnosen:</b>	Osteoporose mit Frakturen; Demenz, Polyarthrose, LWK-2-Fraktur 2015				
<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>	Zahnprothesen oben und unten;	<b>Zahnfleisch:</b>	k.B.
<b>Zunge:</b>	iO	<b>Achseln:</b>	k.B.	<b>Ellenbogen:</b>	k.B.
<b>Finger / Fingernägel</b>	iO	<b>Schulterblätter:</b>	iO	<b>Brust:</b>	k.B.
<b>Bauchnabel:</b>	k.B.	<b>Hüften:</b>	iO	<b>Gluteal / Sakral</b>	k.B.
<b>Analgegend:</b>	iO	<b>Leistenbereich:</b>	k.B.	<b>Intimbereich:</b>	k.B.
<b>Fuß/Ferse/Fußnägel:</b>	iO	<b>Zehenzwischenräume:</b>	iO	<b>Hautzustand:</b>	k.B.
<b>Ernährungszustand:</b>	BMI stabil (Unterstützung bei der Speisenaufnahme)	<b>PEG/Sondennahrung:</b>	t.n.z.	<b>ggf. Ödeme:</b>	k.B.
<b>Wunden:</b>	Abgeheilter Dekubitus beider Ferse	<b>Orientierung:</b>	Keine Orientierung, jedoch Reaktion auf Ansprache.	<b>Schmerzen:</b>	Bedarfsmedikation angesetzt, einmal wöchentlich Norspan-Pflaster;
<b>DK:</b>	t.n.z.	<b>IKM:</b>	Einlage		
<b>Atmosphäre:</b>	wenig Persönliches;	<b>Bett (auch: höhenverstellbar)</b>	Ordentlich sauber.	<b>Wandschmuck/Bilder</b>	Zwei Fotos, sonst keine weiteren Verzierungen.
<b>Sauberkeit Zimmer / Nachtsiche / Hilfsmittel</b>	Sehr sauber.	<b>Gerüche:</b>	Keine.	<b>Kleidung:</b>	Persönlich.
<b>Nasszelle / WC:</b>	Sehr sauber. Der Lüfter ist staubig	<b>Mobiliar:</b>	Standards, sehr gut gepflegt.		
<b>Zufriedenheit:</b>					
<b>Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):</b>	Kann sich nicht äußern - sein Verhalten geht aus der Dokumentation hervor; - nimmt an den Gruppenangeboten teil (viele Frauen hier ...);		<b>Essen:</b>		
<b>Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des)</b>			<b>Pflegerische Versorgung:</b>		
<b>Medizinische Versorgung:</b>			<b>Therapeutische Anwendungen:</b>		
<b>Sollte etwas verbessert werden?</b>			<b>Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:</b>	Wertschätzend.	
<b>Bewertung:</b>					
<b>Sollte etwas verbessert werden?</b>					
<b>Gesamteindruck / Bewertung:</b>	Der Bewohner wird pflegerisch sehr gut versorgt.		+ / -		

### 4.2.2 Bewohner 2

<b>Datum:</b>	31.1.18		<b>Geb.Datum:</b>		
<b>Name, Vorname:</b>			<b>Bereich / Abteilung:</b>		
<b>Betreuung:</b>	Angehörige		<b>Pflegegrad</b>	3	
<b>Derzeitige Situation:</b>	Seit Februar 2017 in der Einrichtung - Orientiert - kann ihre Bedürfnisse jederzeit äußern; konnte sich nach mehrmaligen Stürzen nicht mehr zu Hause versorgen und bewegt sich im Rollstuhl durch die Einrichtung; kann mit Unterstützung gut in den Rollstuhl transferiert werden; ist in der Einrichtung auch bereits achtzehnmal gestürzt - Sturzprophylaxe: Hüftprotektoren, Nachtstuhl am Bett, Teilnahme am Kraft- und Ballancetraining; Rollstuhl, Physiotherapie verordnet vom Hausarzt; Notruf zur Nacht immer am Bett. Unterstützung bei der Körperpflege und beim Ankleiden; Inkontinenzeinlagen; Angehörige kommt häufig zu Besuch. Sturz- und Dekubitusrisiko.				
<b>Medizinische Diagnosen:</b>	Sturzneigung unklarer Genese - schwere Sturzfolgen (Gehirnerschütterung, Platzwunden); Zustand nach Mamma-CA, Adipositas, COPD				
<b>Aktueller Zustand / Umfeld:</b>					
<b>Haare:</b>	iO	<b>Ohren:</b>		<b>Augen:</b>	k.B.
<b>Lippen:</b>	iO	<b>Zähne:</b>	Verwendet ihre Prothesen nicht - entsprechend angepasst Nahrung - lehnt Prothesenversorgung ab.	<b>Zahnfleisch:</b>	k.B.
<b>Zunge:</b>	iO	<b>Achseln:</b>	k.B.	<b>Ellenbogen:</b>	k.B.
<b>Finger / Fingernägel</b>	iO	<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>	k.B.
<b>Ernährungszustand:</b>	25,7 - stabil.	<b>PEG/Sondennahrung:</b>	k.B.	<b>ggf. Ödeme:</b>	k.B.
<b>Wunden:</b>	t.n.z.	<b>Orientierung:</b>	Vollständig.	<b>Schmerzen:</b>	Bei Bedarf: Novalgin-Tropfen - meldet sich selbst.
<b>DK:</b>	t.n.z.	<b>IKM:</b>	Einlagen.		
<b>Atmosphäre:</b>	Großes Zimmer, wohnlich.	<b>Bett (auch: höhenverstellbar)</b>	Sauber, ordentlich.	<b>Wandschmuck/Bilder</b>	Persönliche Fotografien.
<b>Sauberkeit Zimmer / Nachtschne / Hilfsmittel</b>	Sehr sauber.	<b>Gerüche:</b>	Keine.	<b>Kleidung:</b>	Persönliche Kleidung.
<b>Nasszelle / WC:</b>	Sehr sauber.	<b>Mobiliar:</b>	Standard.		
<b>Zufriedenheit:</b>					
<b>Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):</b>	Nehme ich gerne teil - jetzt war gerade das Kraft- und Balance-Training.		<b>Essen:</b>	Schmeckt sehr gut - einmal gab es sogar Zwiebelrostbraten - und das Fleisch war weich.	
<b>Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des</b>			<b>Pflegerische Versorgung:</b>	Sehr gut.	
<b>Medizinische Versorgung:</b>	Ich habe meinen Hausarzt.		<b>Therapeutische Anwendungen:</b>		
<b>Sollte etwas verbessert werden?</b>	Nichts. Ich bin zufrieden.		<b>Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:</b>	Angemessen.	
<b>Bewertung:</b>					
<b>Sollte etwas verbessert werden?</b>					
<b>Gesamteindruck / Bewertung:</b>	Die Bewohnerin fühlt sich sehr wohl in der Einrichtung und wird angemessen + / - versorgt.				

### 4.2.3 Bewohner 3

Datum:	31.1.2018			Geb.Datum:	
Name, Vorname:				Bereich / Abteilung:	
Betreuung:	Nein.			Pflegegrad:	2
Derzeitige Situation:	Sie geht alleine in die Stadt, läuft am Rollator, eher Einzelgänger nimmt nicht an Gruppenangeboten teil, hat viele Bekannte und hat viel Besuch, möchte was zu sagen haben.				
Medizinische Diagnosen:	Hypertherose, Diabetes mellitus Typ 2, venöse Insuffizienz, Skoliose, Zustand nach Oberarmfraktur, Coxarthrose				
<b>Aktueller Zustand / Umfeld:</b>					
Haare:	iO	Ohren:	iO	Augen:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	iO	Zahnfleisch:	iO
Zunge:	iO	Achseln:	k.B.	Ellenbogen:	iO
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	iO	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:	iO	Zehenzwischenräume:	iO	Hautzustand:	iO
Ernährungszustand:	Gut.	PEG/Sondennahrung:	Nein.	ggf. Ödeme:	t.n.z.
Wunden:	Nein.	Orientierung:	Gut.	Schmerzen:	Blasenentzündung, ab und zu Schmerzen im Rücken.
DK:	Nein.	IKM:	iO		
Atmosphäre:	Ist so wie sie es möchte.	Bett (auch: höhenverstellbar)	iO	Wandschmuck/Bilder	iO
Sauberkeit Zimmer / Nachttische / Hilfsmittel	Sauber.	Gerüche:	Nein.	Kleidung:	iO
Nasszelle / WC:	iO	Möbiliar:	Eigenes.		
<b>Zufriedenheit:</b>					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Habe nicht viel davon, mache mehr mein eigenes, kein Interesse.		Essen:	Schmeckt gut, ist abwechslungsreich, reicht immer aus.	
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):	Beschäftige mich über meinen Glauben, eine Bekannte singt und betet mit mir.		Pflegerische Versorgung:	Ist unterschiedlich, im großen und ganzen zufrieden, wenig Personal, sind immer da, machen es meistens gerne.	
Medizinische Versorgung:	Könnte besser sein, kommt nicht so oft, immer mal neue Krankheiten verschwinden aber von alleine.		Therapeutische Anwendungen:	iO	
Sollte etwas verbessert werden?	Telefon muss extra gezahlt werden ?		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Guter Umgang.	
<b>Bewertung:</b>					
Sollte etwas verbessert werden?					
Gesamteindruck / Bewertung:	Macht einen sehr gepflegten Eindruck, fühlt sich gut versorgt und ist froh dass sie ihr eigenes Leben weiter leben kann.		+ / -		

### 4.2.4 Bewohner 4

Datum:	31.1.2018		Geb.Datum:		
Name, Vorname:			Bereich / Abteilung:		
Betreuung:	nein		Pflegegrad:	3	
Derzeitige Situation:	Max. 1 Stunde im Rollstuhl zur Zeit, hauptsächlich bettlägrig, intermittierende Sauerstoffgabe, sehr schnell lufrnötig, liest Zeitung, Beschäftigung Teilnahme je nach Befinden an den Gruppen, Besuch durch Ehemann, Einzelbetreuung.				
Medizinische Diagnosen:	Stille Aspiration, Abhustschwäche, Zustand nach Pneumonie, rezidivierende Aspiration, Kachexie, Meningeom, Osteoporose.				
<b>Aktueller Zustand / Umfeld:</b>					
Haare:	iO	Ohren:	Dekubitusgefahr durch O2 Schlauch.	Augen:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	k.B.	Zahnfleisch:	iO
Zunge:	k.B.	Achseln:	k.B.	Ellenbogen:	iO
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	iO	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:	iO	Zehenzwischenräume:	iO	Hautzustand:	iO
Ernährungszustand:	Sehr kachektisch.	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.	ggf. Ödeme:	Nein.
Wunden:	t.n.z.	Orientierung:	Orientiert.	Schmerzen:	Nein.
DK:	t.n.z.	IKM:	iO		
Atmosphäre:	iO	Bett (auch: höhenverstellbar)	iO	Wandschmuck/Bilder	Wenig.
Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel	iO	Gerüche:	Keine.	Kleidung:	Eigene.
Nasszelle / WC:	iO	Mobiliar:	Nur standard.		
<b>Zufriedenheit:</b>					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Im Zimmer, kommt immer mal jemand vorbei.		Essen:	Essen schmeckt aber kein Appetit.	
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des	Nein, ist nicht wichtig.		Pflegerische Versorgung:	Ist gut.	
Medizinische Versorgung:	Arzt kommt nicht.		Therapeutische Anwendungen:	t.n.z.	
Sollte etwas verbessert werden?	Keine.		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	iO	
<b>Bewertung:</b>					
Sollte etwas verbessert werden?	Die bettlägerige Bewohnerin sollte Anreize erhalten - ggf. durch Dekoration des Zimmers, Musik, Fernsehen etc.				
Gesamteindruck / Bewertung:	Die pflegerische Versorgung ist umfassend, die Umgebung des Zimmers ist sehr spartanisch.		+ / -		

### 4.2.5 Bewohner 5

Datum:	31.1.2018		Geb.Datum:		
Name, Vorname:			Bereich / Abteilung:		
Betreuung:	Sohn und Schwiegertochter Bevollmächtigten		Pflegegrad:	PG 2	
Derzeitige Situation:	Bewohnerin ist mit dem Rollator mobil auch außerhalb der Einrichtung, sturzgefährdet, Ehemann letztes Jahr in der Einrichtung verstorben, Sohn hat Diagnose Krebs: beschäftigt sie psychisch, nimmt gerne an Betreuungsangeboten teil, komplett orientiert. Kieferchirurgisch: Transplantation vom Beckenkammknochen in den Kiefer 1984, durch den Eiter aufgelöst.				
Medizinische Diagnosen:	Hypertonie, Z.n. Ulcuscruris venosum links (bei Einzug)				
<b>Aktueller Zustand / Umfeld:</b>					
Haare:	iO	Ohren:	iO	Augen:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	iO	Zahnfleisch:	iO
Zunge:	iO	Achseln:	iO	Ellenbogen:	iO
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	iO	Brust:	t.n.z.
Bauchnabel:	k.B.	Hüften:	k.B.	Gluteal / Sakral	t.n.z.
Analgegend:	iO	Leistenbereich:	k.B.	Intimbereich:	t.n.z.
Fuß/Ferse/Fußnägel:	iO	Zehenzwischenräume:	k.B.	Hautzustand:	iO
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.	ggf. Ödeme:	Trägt Antithrombosestrümpfe.
Wunden:	Keine Wunden.	Orientierung:	iO	Schmerzen:	Zeitweise.
DK:	t.n.z.	IKM:	Kontinent.		
Atmosphäre:	k.B.	Bett (auch: höhenverstellbar)	iO	Wandschmuck/Bilder	k.B.
Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel	k.B.	Gerüche:	Keine.	Kleidung:	k.B.
Nasszelle / WC:	k.B.	Mobiliar:	k.B.		
<b>Zufriedenheit: (Zitate)</b>					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Ich nehme gerne teil, bisschen Beschäftigung braucht man schon, Gymnastik, Modenschau mit Gewinn.		Essen:	Ich esse alles, was ich nicht mag lasse ich stehe. Essen ist einwandfrei.	
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des)	Jeden Sonntag gehe ich in die Kirche um 9 Uhr.		Pflegerische Versorgung:	Pflegerkräfte sind sehr freundlich, wechselndes Personal, dies macht mir nichts aus, weiß von Bezugspflege nichts.	
Medizinische Versorgung:			Therapeutische Anwendungen:		
Sollte etwas verbessert werden?	Nein, alles in Ordnung.		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:		
<b>Bewertung:</b>					
Sollte etwas verbessert werden?	Alles ist in Ordnung.				
Gesamteindruck / Bewertung:			+ / -		

### 4.2.6 Bewohner 6

Datum:	31.1.2018	Geb.Datum:	
Name, Vorname:		Bereich / Abteilung:	
Betreuung:	Berufsbetreuung	Pflegegrad:	PG 2
Derzeitige Situation:	Bewohner ist orientiert, Suprapubischer Katheter, Bewohner benötigt Hilfe beim Duschen, es besteht Gangunsicherheit.		
Medizinische Diagnosen:	Polyneuropathie, Diabetes mellitus Typ II, Paraparese der Beine, Blasenentleerungsstörung mit Überlaufblase		
<b>Aktueller Zustand / Umfeld:</b>			
Haare:	iO	Ohren:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	iO
Zunge:	iO	Achseln:	iO
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	iO
Bauchnabel:	iO	Hüften:	t.n.z.
Analgegend:	t.n.z.	Leistenbereich:	t.n.z.
Fuß/Ferse/Fußnägel:	t.n.z.	Zehenzwischenräume:	t.n.z.
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.
Wunden:	k.B.	Orientierung:	iO
DK:	Suprapubischer Katheter	IKM:	k.B.
Atmosphäre:	iO	Bett (auch: höhenverstellbar)	iO
Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel	iO	Gerüche:	iO
Nasszelle / WC:	iO	Möbiliar:	iO
<b>Zufriedenheit:</b>			
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	"Beschäftigungsangebote sind völlig uninteressant."	Essen:	"Manchmal gut, manchmal schlecht."
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des)	Ich gehe nicht in die Kirche.	Pflegerische Versorgung:	"Sehr gute Leistungsträger, schlechte Spitze, schlechtes Betriebsklima, sehr gute Pflege."
Medizinische Versorgung:		Therapeutische Anwendungen:	
Sollte etwas verbessert werden?	Heimbeirat, Präsenz von der Leitung auf den Wohnbereichen, Lesitungsbeschreibung vom Haus.	Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	
<b>Bewertung:</b>			
Sollte etwas verbessert werden?			
Gesamteindruck / Bewertung:	Aus pflegerischer Sicht ist der Bewohner sehr gut verorgt - Bewohner ist jedoch mit allen Angeboten unzufrieden. Auch mit den Leitenden der Einrichtung ist er unzufrieden, denn sie "zeigen sich nicht auf dem Wohnbereich".	+ / -	

### 4.2.7 Bewohner 7

<b>Datum:</b>	31.1.2018			<b>Geb.Datum:</b>	
<b>Name, Vorname:</b>				<b>Bereich / Abteilung:</b>	
<b>Betreuung:</b>	Tochter Bevollmächtigte			<b>Pflegegrad:</b>	3
<b>Derzeitige Situation:</b>	Einzug vor knapp einem Jahr - hat sich gut eingelebt nach anfänglichen Problemen, sie freut sich über den regelmäßigen Besuch der Kinder und geht mit ihnen gerne raus und Cafetrinken, hat Kontakt zu Bewohnern. Problematiken in der Nahrungsaufnahme müssen beachtet werden - Unverträglichkeiten, mehrere Mahlzeiten mit kleineren Portionsgrößen - sie kennt sehr gut die Problematik und ist darin selbstbestimmt. Bei Einzug starke Depressionen, die derzeit in den Hintergrund getreten sind. BMI bei Aufnahme 19,17 - jetzt 22,18, selbständiger Umgang mit dem Rollator, bei längeren Strecken draußen wird der Rollstuhl genutzt. Sauerstoff-Gabe zu Beginn, seit über 1/2 Jahr nicht mehr notwendig.				
<b>Medizinische Diagnosen:</b>	2/3 Magenresektion (vor 20 Jahren) , Depression, Hypertonie, Z.n. Knie TEP links				
<b>Aktueller Zustand / Umfeld:</b>					
<b>Haare:</b>	iO	<b>Ohren:</b>	iO	<b>Augen:</b>	sieht schlecht, lesen nicht möglich
<b>Lippen:</b>	Leicht trocken.	<b>Zähne:</b>	iO	<b>Zahnfleisch:</b>	k.B.
<b>Zunge:</b>	iO	<b>Achseln:</b>	k.B.	<b>Ellenbogen:</b>	iO
<b>Finger / Fingernägel</b>	iO	<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>	Fußnägel etwas lang, Familie übernimmt Fußpflege.	<b>Zehenzwischenräume:</b>	iO	<b>Hautzustand:</b>	Soweit ersichtlich gut gepflegt und intakt.
<b>Ernährungszustand:</b>	BMI konnte in der Einrichtung gut stabilisiert werden.	<b>PEG/Sondennahrung:</b>	t.n.z.	<b>ggf. Ödeme:</b>	Keine.
<b>Wunden:</b>	t.n.z.	<b>Orientierung:</b>	ist orientiert	<b>Schmerzen:</b>	Kopfschmerzen, treten auch immer mal wieder auf.
<b>DK:</b>	t.n.z.	<b>IKM:</b>	Einlagen		
<b>Atmosphäre:</b>	Zweckmäßig, Patientin fühlt sich im Zimmer wohl.	<b>Bett (auch: höhenverstellbar)</b>		<b>Wandschmuck/Bilder</b>	Wenig Bilder.
<b>Sauberkeit Zimmer / Nachtsiche / Hilfsmittel</b>	Sehr sauber.	<b>Gerüche:</b>	Keine.	<b>Kleidung:</b>	iO
<b>Nasszelle / WC:</b>	Sehr sauber.	<b>Mobiliar:</b>	Überwiegend aus der Einrichtung.		
<b>Zufriedenheit:</b>					
<b>Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):</b>	Es ist schön das es Unterhaltung gibt. Gymnastik tut gut, könnte manchmal etwas mehr sein. Malen ist auch schön. Ich kann täglich an etwas teilnehmen.		<b>Essen:</b>	Man kanns Essen, durch meinen Magen kann ich nicht alles Essen.	
<b>Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des</b>	Ich gehe zum Gottesdienst.		<b>Pflegerische Versorgung:</b>	Ich bin zufrieden.	
<b>Medizinische Versorgung:</b>	Der Hausarzt kommt wenn ich ihn brauche.		<b>Therapeutische Anwendungen:</b>	k.B.	
<b>Sollte etwas verbessert werden?</b>	Nein, außer gegen die Kopfschmerzen.		<b>Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:</b>	Sehr einfühlsam und zugewandt.	
<b>Bewertung:</b>					
<b>Sollte etwas verbessert werden?</b>	-				
<b>Gesamteindruck / Bewertung:</b>	Die Bewohnerin fühlt sich in der Einrichtung wohl und ist gut gepflegt. Die genannten Punkte sollten geklärt werden.		+ / -		



### 4.2.8 Bewohner 8

<b>Datum:</b>	31.1.2018		<b>Geb.Datum:</b>		
<b>Name, Vorname:</b>			<b>Bereich / Abteilung:</b>		
<b>Betreuung:</b>	Generalvollmacht Schwester/Schwager		<b>Pflegegrad:</b>	3	
<b>Derzeitige Situation:</b>	Vor Aufnahme im SZWE war die Bewohnerin Gast in der Tagespflege, seit ca. einem halben Jahr im SZWE vollstationär, ist ihr eigener Wunsch, kam zu Hause aufgrund der Depressionen nicht mehr zurecht. Ihr Ehemann ist zuvor verstorben und sie leidet unter dem Verlust. Benötigt zeitweise Unterstützung Körperpflege (tagesformabhängig), ist voll orientiert, freundlich und zugewandt. Sie ist auf ihre Erkrankungen fixiert, zeitweise ist eine stationäre Behandlung notwendig. Sie wird im SZWE hausärztlich und psychiatrisch versorgt. Eine Unterstützung in der Tagesstrukturierung zeitweise notwendig. Sturzgefährdet.				
<b>Medizinische Diagnosen:</b>	Bipolare Störung, leicht bis mittelgradig depressiv, Anpassungsstörung, venöse Insuffizienz, Stressinkontinenz, Colon irritabile mit Diarrhoe				
<b>Aktueller Zustand / Umfeld:</b>					
<b>Haare:</b>	iO	<b>Ohren:</b>		<b>Augen:</b>	trägt Brille, kommt gut zurecht
<b>Lippen:</b>	iO	<b>Zähne:</b>	Trägt Gebiß, untere Gebiß hält nicht.	<b>Zahnfleisch:</b>	iO
<b>Zunge:</b>	iO	<b>Achseln:</b>	k.B.	<b>Ellenbogen:</b>	k.B.
<b>Finger / Fingernägel</b>	iO	<b>Schulterblätter:</b>	k.B.	<b>Brust:</b>	k.B.
<b>Bauchnabel:</b>	iO	<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>	Fußpflege kommt.	<b>Zehenzwischenräume:</b>	k.B.	<b>Hautzustand:</b>	Bauchfalte iO - Intertrigo gut abgeheilt.
<b>Ernährungszustand:</b>		<b>PEG/Sondennahrung:</b>	t.n.z.	<b>ggf. Ödeme:</b>	k.B.
<b>Wunden:</b>	Keine.	<b>Orientierung:</b>	Orientiert.	<b>Schmerzen:</b>	Ja, im Lendenbereich und Oberschenkel, mit Medikamenten stabile Schmerzsituation.
<b>DK:</b>	t.n.z.	<b>IKM:</b>	Einlagen.		
<b>Atmosphäre:</b>	Gemütlich, wohllich und sehr individuell.	<b>Bett (auch: höhenverstellbar)</b>		<b>Wandschmuck/Bilder</b>	Viele private Bilder und Fotos.
<b>Sauberkeit Zimmer / Nachtschne / Hilfsmittel</b>	Sauber.	<b>Gerüche:</b>	Keine.	<b>Kleidung:</b>	Sehr gepflegt.
<b>Nasszelle / WC:</b>	Oberes Regalfach und Lampe	<b>Mobiliar:</b>	Vom Haus und eigene.		
<b>Zufriedenheit:</b>					
<b>Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):</b>	Sehr gut. Sie nimmt an vielen Angeboten teil, gerne an kreativen Angeboten.		<b>Essen:</b>	Gut, aber ich mag kein Fleisch, vegetarisches Essen bekomme ich. Mir fehlt etwas Obst und Salat.	
<b>Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des)</b>	Immer montags Friedensgebet. An Gottesdiensten nehme ich teil wie es geht.		<b>Pflegerische Versorgung:</b>	Sehr gute Betreuung. Sr. Katarina ist eine ganz liebe Schwester.	
<b>Medizinische Versorgung:</b>	Ist gut, sie wird privat zum Arzt begleitet.		<b>Therapeutische Anwendungen:</b>	t.n.z.	
<b>Sollte etwas verbessert werden?</b>	"Die Menschen/ Pflegekräfte sind so lieb und nett, die machen sich kaputt, müssten mehr Zeit haben und mehr Geld bekommen. Ich fühl mich wohl hier."		<b>Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:</b>	Sehr einfühlsam und zugewandt.	
<b>Bewertung:</b>					
<b>Sollte etwas verbessert werden?</b>					
<b>Gesamteindruck / Bewertung:</b>	Sehr gut versorgt und sehr zufrieden.		+ / -		

### 4.3 Überprüfung der Dokumentation

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

	Stammblatt	Anamnese / Biografiearbeit*	Pflegeplanung	Pflegeplanung innerhalb der vorgegebenen Frist erstellt?*	Pflegebericht	Leistungsnachweis / -dokumentation*	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	2	2	2	2	2	2	2	2	t.n.z.	2	2	2	2	k.B.	k.B.	k.B.	2	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	1,4
	<p><b>Zustand bei Aufnahme (seit ):</b> Kam 2015 in die Einrichtung, nachdem seine Ehefrau verstarb und er zu Hause nicht mehr versorgt werden konnte. Dementiell leichte Verschlechterung seit dem Einzug - aktuell Wortfindungsstörungen - zum Einzug konnte der Bewohner teilweise mittels Rollator durch die Einrichtung gehen (sehr sturzgefährdet) und sitzt aktuell im Rollstuhl. Alle Risiken wurden dokumentiert. E: Die Dokumentation zur Wundversorgung sollte an einer Stelle ausgeführt werden (Wundprotokoll) - aktuell finden sich Einträge im Wundprotokoll, im Pflegebericht und in der Pflegeplanung. Während der Wundversorgung hieß ein Problem in der Planung noch "Hohes Risiko von Hautdefekten" - das Risiko war eingetreten. H: Die Planung hätte an dieser Stelle verändert / ergänzt werden müssen.</p> <p>Die Planung spiegelt den beobachteten aktuellen Zustand sehr gut wieder. Einzelbetreuungen werden nicht täglich durchgeführt, jedoch zwei bis dreimal wöchentlich. Teilweise nimmt der Bewohner an Gruppenangeboten teil. H: Ergänzungen der Strukturierten Informationssammlung (SIS) müssen mit Datum und Handzeichen versehen werden.</p>																											
2.	2	2	2	2	2	2	2	t.n.z.	2	k.B.	t.n.z.	2	k.B.	2	2	k.B.	2	k.B.	k.B.	2	2	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	1,4
	<p><b>Zustand bei Aufnahme (seit 02/2017):</b> Ist orientiert, kann beschreiben, wie und warum sie vor einem Jahr in die Einrichtung kam. Rollstuhlfahrerin. Sturzgefährdung.</p> <p><b>Schlüsselergebnisse:</b> 18x in der Einrichtung gestürzt - nun möchte die Bewohnerin sicherstellen, dass dies nicht wieder geschieht, weil sie nicht mehr in das Krankenhaus möchte. Ursache der Stürze ist unklar, konnte medizinisch nicht geklärt werden.</p> <p><b>Gegenwärtiger Zustand:</b> Orientiert, bewegt sich im Rollstuhl selbstständig durch die Räume.</p> <p><b>Ausblick:</b> Soll auf diesem Niveau stabil bleiben.</p> <p><b>Bewertung:</b> Beschreibung der Fachkraft, die Dokumentation und das Ergebnis der Inaugenscheinnahme stimmen überein. Die Beschreibung der Pflege und der Betreuung ist detailliert und nachvollziehbar. H: Das Erstellungsdatum muss auf der SIS erkenntlich sein. Die Beratung zu akuten Risiken muss immer sofort bei Einzug stattfinden.</p>																											
3.	2	2	1	2	2	2	1	t.n.z.	2	t.n.z.	t.n.z.	2	1	2	1	2	2	t.n.z.	t.n.z.	2	2	k.B.	2	t.n.z.	t.n.z.	2	1,2	
	<p>F: Dekubitusrisiko ist nicht eindeutig, Dekubitusgefahr wird in der SIS beschrieben, aber nicht in der Pflegeplanung, Kontinenz: Problembeschreibung und Ziel ist unlogisch, Kontinenz soll erreicht aber Inkontinenz wird benannt; Nachtdurchgänge sollen 3 x durchgeführt werden bei der Frequenz ist nur 1 x aufgeschrieben E: Übereinstimmung der Risiken mit den Maßnahmen überprüfen.</p>																											

	Stamblatt	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	Volständigkeit* / Anwendung*	Bewertung der Vollständigkeit und Schriftführung in Schulnoten	
4.	2	2	1	2	2	2	2	2	2	t.n.z.	2	2	2	2	2	1	2	t.n.z.	t.n.z.	2	2	k.B.	2	t.n.z.	2	2	2	1,1
	F: Bewohner hat eine schwierige Pflegesituation, BMI 14,5- isst sehr wenig, hat massive Schluckbeschwerden und Ängste keine Luft mehr zu bekommen, wird von der Pflege und Betreuung sehr gut abgefangen. Risikoerhebung in der SIS vollständig, aber nicht immer eindeutig, zum Schmerzmanagement fehlen Aussagen in der Pflegeplanung und sind in der SIS nicht eindeutig; E: Schmerzmanagement sollte in der Pflegeplanung abgebildet werden, NES Schmerz ist gültig.																											
5.	2	1	1	2	1	2	1	t.n.z.	2	t.n.z.	t.n.z.	1	2	2	2	1	1	2	t.n.z.	k.B.	t.n.z.	k.B.	1	2	2	2	k.B.	2,0
	<b>Bewertung:</b> Auf der SIS werden keine Zitate des Bewohners genannt; AT-Strümpfe wurden nicht in der SIS oder der Planung benannt - ärztliche Anordnung vorhanden - Anwendung wird durchgeführt, jedoch wurde die neue Maßnahme nicht in die Planung und den Maßnahmenplan übernommen. Dort finden sich noch die Pyttterverbände. Die Pflegeplanung weist Probleme aus, die nicht beobachtet werden konnten - hier: die Ernährung und die Flüssigkeitsaufnahme; Dekubitusrisiko - abgeheilte Dekubitus 2014 - die Bewohnerin läuft mittels Rollator durch die Einrichtung, kleidet sich überwiegend selbstständig an. Sturzrisiko von 2014 - aktuell in der SIS und der Planung nicht benannt. Die Verabreichung von Medikamenten (hier bspw. Pantoprazol) unterscheidet nicht zwischen Nüchterngaben (30 Minuten vor dem Essen) und während oder nach dem Essenverabreichungen. In der Schmerzerfassung wird nicht zwischen Ruhe- und Belastungsschmerz unterschieden. H: Da die Planungen alle drei Monate evaluiert werden, muss der Zustand aktuell aus der Planung hervorgehen und mit der Inaugenscheinnahme übereinstimmen.																											
6.																												k.B.
	BTM bei Bedarf Tilidin Tropfen im Zimmer, Selbstverwaltung durch den Bewohner, Ärztliche Anordnung vorhanden Pflegeplanung: Rollator wird abgelehnt als Problem nicht aufgeführt, sondern geht mit Hilfsmittel. H: Planung muss angepasst werden.																											
7.	2	1	1	2	2	2	2	t.n.z.	2	t.n.z.	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	t.n.z.	t.n.z.	2	t.n.z.	t.n.z.	k.B.	1,5	
	H: Der Wunsch nach Seelsorge sollte vermerkt werden. F: SIS: Risiken sind - bis auf den Schmerz (muss noch erhoben werden) - gut erfasst. Sturz-, Ernährungs-, Inkontinenzrisiko sind lt. SIS weitere Einschätzung notwendig, diese sind im Beratungsprotokoll erfolgt. Erstellungsdatum nicht ersichtlich. H: Erstellungsdatum muss erfasst werden und es muss eine Datumsangabe bei Ergänzungen erfolgen. F: lt. Patientin und Medikation besteht ein Obstipationsrisiko, H: dieses muss in der Risikoerfassung/SIS/ Maßnahmenplanung mit aufgenommen werden. F: Unverträglichkeiten stehen in der Beratungsmappe. E: diese sollten in der SIS perspektivisch erfasst werden. F: Die PP erfolgt Maßnahmenbezogen, sie ist noch nicht durchgängig mit der SIS abgestimmt. H: SIS und Maßnahmenplan sollten auf einander abgestimmt sein (z.B. Sturz: lt. SIS kein Risiko lt. Planung ja) F: Die Schmerzmittelgabe erfolgt mit Verlaufskontrolle (15.11.2017). F: 1x wö. RR-Kontrolle lt. Pflegebericht (Dezember). H: ärztl. AO - Klärung, wöchentliche Messung erfolgte nicht.																											
8.	2	1	2	2	2	k.B.	t.n.z.	t.n.z.	2	t.n.z.	t.n.z.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	t.n.z.	t.n.z.	2	t.n.z.	t.n.z.	k.B.	1,5	
	F: SIS ist von der Kurzzeitpflege und wird perspektivisch neu für die stationäre Pflege angelegt. H: Das Dekubitusrisiko muss vollständig bewertet werden. H: SIS und Pflegeplanung sind nicht immer aufeinander abgestimmt (z.B. Risiken Obstipation geplant - nicht in SIS erfasst, tgl. Unterstützung bei der Körperpflege geplant, Bedarf nicht in SIS erfasst) F: Schmerzäußerungen werden im Berichtblatt festgehalten, Wirksamkeit der Schmerzmittel wird überprüft. Stabile Schmerzsituation. Klärung - Nachweise Behandlungspflege - Durchführung mit Status "nicht durchgeführt"																											

## 5 Zusammenfassung

Die Revision fand in einer für die Auditoren sehr angenehmen und kollegialen Atmosphäre statt. Alle befragten Mitarbeiter waren sehr engagiert und kompetent. Sie trugen zu dem sehr guten Endergebnis bei.

Das Seniorenzentrum vermittelt bereits beim Betreten eine Willkommensatmosphäre. Viele kleine Details, wie beispielsweise liebevoll arrangierte Erinnerungsstücke aus vergangenen Tagen, ein gemütliches Sofa und ein virtuelles Kaminfeuer bereichern den Empfangsbereich. Die Besucher und Besucherinnen werden durch eine Mitarbeiterin begrüßt. Gleich in Blickweite lädt das Café zum Verweilen ein.

Der erste Eindruck beim Betreten des Hauses, setzt sich auf den Wohnbereichen fort. Zahlreiche Bilder und Sitzecken vermitteln einen gemütlichen und wohnlichen Charakter. Alle begangenen Flure, Räume, Bewohnerzimmer, Nasszellen und Funktionsräume präsentieren sich sauber und ordentlich. Es sollte daher umso mehr ein Augenmerk auf die wenigen, jedoch deutlichen Abnutzungserscheinungen der Wände und Türzargen einiger Räumlichkeiten gelegt werden. Die Wände und Türzargen müssen bei starker Abnutzung zeitnah wieder hergerichtet bzw. gestrichen werden, um das gepflegte Erscheinungsbild zu erhalten.

Das Hygienemanagement ist im Seniorenzentrum sehr gut etabliert. Für eventuelle Notfälle, wie MRSA-, Noroviren- oder andere Infektionen liegen die notwendigen Materialien griffbereit. Eine fachkompetente und sehr engagierte Hygienebeauftragte führt jährlich mehrere Hygienevisiten auf den Wohnbereichen und Visiten zur Personalhygiene durch. Diese engmaschigen Visitenfrequenzen haben sich bewährt. Die im Rahmen der Revision durchgeführten Wohnbereichsbegehungen bestätigen diesen Eindruck. Alle begutachteten Hilfsmittel sind in einem sehr sauberen Zustand, lediglich ein Toilettenstuhl wies leichte Verschmutzungen auf.

Um ein Verwischen des Verbrauchsdatums auf den Desinfektionsmitteln zu verhindern, sollte die Einrichtung den Einsatz von Prüfplaketten erwägen.

Alle im Qualitätsmanagementhandbuch abgebildeten Prozesse sind umfänglich und inhaltlich größtenteils vollständig beschrieben. Das Handbuch ist übersichtlich aufgebaut, so dass alle Regelungen sehr gut und schnell auffindbar sind. Es wird kontinuierlich aktualisiert und den

aktuellen Gegebenheiten angepasst. So wurden beispielsweise Fragebögen als Wissenstest zur Stärkung der Fachlichkeit der Mitarbeitenden neu entwickelt.

Bezüglich der inhaltlichen Zuordnung von Aussagen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in den Verfahrensanweisungen besteht bei einer Vielzahl von Verfahrensanweisungen Verbesserungspotential. Beispielsweise befinden sich Strukturkriterien unter Prozesskriterien und umgekehrt oder sie sind nicht vollständig benannt (z.B. Arbeitsschutz, Wartungs- und Kontrollsystem, Hygiene, Personaleinsatzplanung).

In den Verfahrensanweisungen werden teilweise Auszüge von Gesetzen und Verordnungen wiederholt, anstatt konkret auf die Umsetzung für Mitarbeitende einzugehen. Diese Verfahrensanweisungen können erheblich gekürzt und zusammengefasst werden (z.B. Datenschutz, Managementbewertung).

Eine klare Trennung nach Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität und kurze prägnante Beschreibungen müssen angestrebt werden, um dem Nutzer (z.B. neue Mitarbeitende) die Lesbarkeit und somit die Nachvollziehbarkeit des beschriebenen Prozesses zu erleichtern.

Alle Beauftragten und Experten (z.B. Ersthelfer) sollten auf einer Übersicht zusammengeführt werden. Aktuell existieren zwei Übersichten, welche die Beauftragten darstellen (F 1.3 Organigramm, F 1.3.1 Beauftragtenverzeichnis).

Im Managementbereich konnte das Seniorenzentrum die Umsetzung des risikobasierten Ansatzes gut darstellen. In den geprüften Bereichen Fort- und Weiterbildung, Fachlichkeit der Mitarbeitenden, Hygienemanagement, Arbeitssicherheit und Datenschutz präsentierte die Einrichtung mit großer Sicherheit die Planung, Durchführung und Analyse der Ergebnisse. Eine Wirksamkeitsprüfung der umgesetzten Maßnahmen erfolgt bereits überwiegend.

Der Bericht der Brandschutzbegehung und die Gefährdungsbeurteilungen liegen momentan ausschließlich papiergebunden dem Beauftragten und dem Hauptgeschäftsführer vor. An dieser Stelle empfiehlt es sich, diese zu digitalisieren und für alle Führungskräfte elektronisch zu hinterlegen.

Das Seniorenzentrum verfügt über viele, teilweise thematisch getrennte Maßnahmenpläne. Alle Maßnahmen sollten in den zentralen Maßnahmenplan zusammenfließen und müssen mit einer Fristigkeit versehen und entsprechend abgearbeitet werden. Das Herausarbeiten

der größten Risiken mit einer hohen Eintrittswahrscheinlichkeit konnte noch nicht vollständig erkannt werden und muss zukünftig erfolgen.

Die Fort- und Weiterbildungsplanung ist umfassend und eine prospektive Planung ist umgesetzt. Die Pflichtfortbildungen werden an vier Fortbildungstagen angeboten. Diese Struktur hat sich in der Einrichtung bewährt. Die Teilnahme an den Pflichtfortbildungen konnte nachweislich zu 100% umgesetzt werden. Als neuen Meilenstein hat sich die Einrichtung die Zertifizierung des Fortbildungsplanes gesetzt. Die Registrierung beruflich Pflegender® wird gestartet und die Fachlichkeit der Mitarbeiter gestärkt.

Die niedrige Fluktuation im Seniorenzentrum ist ein Indiz der hohen Zufriedenheit der Mitarbeitenden. Seit Jahren arbeitet ein bewährtes Team zusammen. Bei der Dienstplanung wird auf die Bedürfnisse der Mitarbeiter Rücksicht genommen.

Um dem Pflegefachkräftemangel entgegenzutreten, bildet die Einrichtung seit Jahren erfolgreich aus. Der hohe Stellenwert der Ausbildung spiegelt sich auch in den fest vorgeplanten Praxisanleiterzeiten im Dienstplan wider.

Der Datenschutz wird im Seniorenzentrum neu organisiert. Eine Mitarbeiterin wurde aktuell neu zur Datenschutzbeauftragten berufen. Im kommenden Monat wird sie ihre Fachkenntnisse im Rahmen einer einwöchigen Schulung erwerben. Bereits im Rahmen der Revision präsentierte sie überzeugend die nächsten Schritte zur weiteren Festigung und Aktualisierung (EU-DSGVO) des Datenschutzes.

Eine Auswertung der Notfälle erfolgt systematisch.

Alle ortsveränderlichen und fest installierten elektrischen Geräte waren geprüft und mit einem Prüfsiegel / einer Plakette versehen.

Die Mangelernährung oder Unterernährung birgt gerade bei älteren Menschen ein hohes Risiko. Das Seniorenzentrum beugt diesem Risiko durch die Beschäftigung einer festangestellten Ernährungsberaterin erfolgreich vor. Bei Einzug werden eventuelle Risiken erkannt und die Ernährungsberaterin einbezogen. Das konsequente monatliche Wiegen aller Bewohner hat sich laut Aussage der Einrichtung bewährt. Aus Sicht der Auditoren sollte geprüft werden,

ob die Gewichtskontrollen individueller und einem risikobasierten Ansatz entsprechend gestaltet werden können. Bewohner mit einem hohen Risiko könnten engmaschiger und Bewohner ohne Risiko seltener gewogen werden.

Stichprobenweise wurde der Umgang mit Betäubungsmittel geprüft. In einem Fall war nicht eindeutig erkennbar, wie sich die Dosierung (mg oder ml) und somit der Restbestand ausdrückt. Die Tropfenflasche enthielt darüber hinaus unklare Angaben zur Dosierung. Dieses Problem war der Einrichtung bekannt, konnte jedoch noch nicht zufriedenstellend mit dem anordnenden Arzt und Apotheke geklärt werden. Hier muss die Einrichtung eine Lösung zeitnah erzielen.

Bei der Bewohnerversorgung gab es sehr gute Bewertungen, die pflegerische Versorgung ist auf einem stabilen sehr guten Niveau. Alle befragten Bewohner fühlten sich in der Einrichtung wohl und pflegerisch sehr gut versorgt. Ein Bewohner äußerte, mit der Leitung des Seniorenzentrums unzufrieden zu sein und empfindet die Betreuungsangebote als uninteressant.

Als erste stationäre Einrichtung im Diakoniewerk Bethel, hat sich das Seniorenzentrum im vergangenen Jahr der Herausforderung gestellt, das Konzept der „Strukturierten Informationssammlung“ (SIS) im Rahmen der Entbürokratisierten Pflegedokumentation im Seniorenzentrum einzuführen, ohne auf die Umstellung der Software „MCC“ zu warten. Dieses Wagnis wurde von den Auditoren positiv gewertet und von der Einrichtung erfolgreich begonnen. Alle Pflegedokumentationen sind bereits auf dieses Konzept umgestellt. Von der praktischen Anwendung konnten sich die Auditoren vor Ort auf den Wohnbereichen überzeugen. Das Qualitätsmanagement ist entsprechend angepasst und Standards für den „Immer-so-Beweis“ implementiert. Die Einrichtung befindet sich auf einem sehr guten Weg. Die Pflegeplanung erfolgt aktuell nach dem alten Verfahren (Problem, Ziel, Maßnahme geordnet nach den Lebensaktivitäten) und wird mit der „MCC-Umstellung“ als tagesstrukturierte Maßnahmenplanung eingeführt.

Alle Pflegeprozesse ließen sich anhand der Dokumentation nachvollziehen, wenn auch teilweise „verteilt“ auf mehrere Dokumente (z.B. Wunddokumentation, Risiken sind zum Teil in Beratungsformularen erfasst). Die Risiken werden erkannt und beschrieben. Die Verknüpfung

von der Strukturierten Informationssammlung, der Risikoerhebung und zur Maßnahmenplanung war noch nicht immer gegeben. Eine Datumsangabe muss bei Neuanlagen und Nachträgen auf dem SIS-Formular erfolgen.

Im Umgang mit Schmerzen ist die Umsetzung auf dem richtigen Weg, jedoch noch nicht konstant. So erfolgt beispielsweise die Wirksamkeitskontrolle nach Schmerzmittelgabe noch nicht konsequent in jedem Fall. Der Schmerzverlauf ist dadurch nicht immer deutlich erkennbar. Teilweise werden Zustände unklar beschrieben (dokumentiert wurden "starke Schmerzen", aber nicht: Dauer, Schmerzstärke - wie äußert sich dies?), oder Maßnahmen nach Schmerzen erst Tage später im Pflegebericht beschrieben, bzw. es erfolgen keine weiteren Maßnahmen und Folgeeinträge, nachdem im Pflegebericht Schmerzen erwähnt wurden.

Beratungen haben im Seniorenzentrum einen hohen Stellenwert und werden nachweislich individuell erbracht. Es muss darauf geachtet werden, dass die Beratung zeitnah erfolgt.

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
SZWE	0.01.-31.01.201	1	1	1	1	1	1	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1	1	1	1	2 +	2 +	1-2	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, Seniorenzentrum Bethel Welzheim (SZWE), 30.01. – 31.01.2018

<p><b>Allgemeines:</b></p>	<p><b>Auditoren:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frau Seibert, SZLI</li> <li>- Frau Schug, SZMÜ</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 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).</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 – 9.05 Uhr</b>  <b>Auswahl der Stichprobe</b> aus der Gesamtanzahl der Betreuten (→ <b>Einverständniserklärungen</b>)</p> <p><b>9.05 – 9.20 Uhr</b>  <b>Gesetzliche Rahmenbedingungen / Aktuelle Themen</b>  <b>Unterlagen: Aktuelle Managementbewertung</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>4</sup> – Audits</b> inklusive Begehung der Einrichtung (ca. 30 Minuten zum Ende dieses Blocks).  <b>Unterlagen / Medien:</b> Auditergebnisse – Protokolle im Intranet / papiergestützt, Maßnahmenpläne, Leitungsbesprechungsprotokolle, Teambesprechungsprotokolle etc.  <b>Schwerpunkte:</b> Arbeits-, Sicherheitsaudits (z.B. Brandschutz, Gesundheitsamt, sicherheitstechnische / messtechnische Kontrollen), Gefährdungsbeurteilungen, Hygieneaudits, Pflegevisiten (Protokolle, Ergebnisse), Systemaudits, Datenschutzaudits  <b>Beteiligte:</b> HG, PDL, QB, Brandschutzbeauftragte / Sicherheitsbeauftragte, Hygienebeauftragte, Auditoren / Visitierende, Datenschutzbeauftragte</p> <p><b>11.35 – 12.30 Uhr</b>  <b>Weitere Schwerpunktthemen 2018</b></p>

<sup>4</sup> Vgl. Qualitätsmanagementbericht des DwB in der aktuellen Form

	<p><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), Registrierung beruflich Pflegenden – 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, ggf. Begehung vor Ort</b>  <b>Unterlagen / Medien:</b> Intranet und Vor-Ort-Arbeitsplätze  <b>Schwerpunkte:</b> Von der Aufnahme bis zur Entlassung – Betreuungsassistenten, Heimleitung / Sozialdienst (Erstkontakte, Erstgespräche, Angehörigengespräche, Begleitung und Organisation freiwillig Engagierter), Betreuung, Integration, Hauswirtschaft, Ernährung, Zusammenarbeit mit Hospizen  <b>Beteiligte:</b> HG, PDL, QB, und weitere Mitarbeitende.</p> <p><b>14.25 – 15.25 Uhr</b>  <b>Pflegedokumentation / Standards / Einführung der SIS</b>  <b>Unterlagen / Medien:</b> MCC, Intranet / papiergestützte bzw. elektronische Dokumentation, Pflegestandards / Nationale Expertenstandards  <b>Schwerpunkte: Umsetzung des Konzeptes SIS</b> - Anwendungsbeispiele SIS, tagestrukturierter Maßnahmenplan, Immer-so-Beweis, Evaluationen etc.  <b>Beteiligte:</b> HG, PDL, QB, und weitere Mitarbeitende</p> <p><b>15.30 – 16.25 Uhr</b>  <b>Begehung Wohnbereiche - Dokumentation</b>  <b>Schwerpunkte:</b> Zufälliges stichprobenartiges Ziehen von Bewohnerakten – 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> <p><b>12.05 – 12.25 Uhr</b>  <b>Auditorenzeit:</b> Abstimmung / Durchsicht von Nachweisen usw.</p> <p><b>12.30 – 13.15 Uhr Mittagspause</b></p>

**13.20 – 15.20 Uhr**

**Begehung ausgewählter Abteilungen und Wohnbereiche**

**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