

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

***Seniorenzentrum Bethel Bad Oeynhausen:***  
**Interne Revision in Medizin und Pflege**  
**vom 13.03.-14.03.2019**

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

**Bericht im Auftrag des Gesellschafters**

Auditorengruppe:  
Andreas Dietel, Henrike Zander



**GESUNDHEITSWERK**  
**BETHEL BERLIN**

# Inhalt

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>EINLEITUNG.....</b>  | <b>1</b>  |
| 1.1      | METHODIK DER INTERNEN REVISION IN MEDIZIN UND PFLEGE DES<br>GESUNDHEITSWERKES BETHEL BERLIN .....   | 1         |
| 1.1.1    | <i>Die Interne Revision in Medizin und Pflege als Instrument der<br/>Qualitätssicherung und -entwicklung.....</i>   | 1         |
| 1.1.2    | <i>Der nächste Schritt: die Überprüfung der<br/>Qualitätsmanagementsysteme durch externe Gutachter und die<br/>Zertifizierung der Einrichtungen .....</i> | 2         |
| 1.1.3    | <i>Ausblick.....</i>  | 2         |
| 1.2      | KRITERIENAUSWAHL .....  | 3         |
| <b>2</b> | <b>ALLGEMEINE ANGABEN ZUR EINRICHTUNG.....</b>  | <b>5</b>  |
| <b>3</b> | <b>PRÜFKATALOG DIAKONIE-SIEGEL PFLEGE, VERSION 3.....</b>   | <b>8</b>  |
| 3.1      | MAßNAHMENPLAN.....  | 8         |
| 3.2      | FÜHRUNGSPROZESSE .....  | 8         |
| 3.2.1    | <i>Führung, Politik und Strategie.....</i>  | 8         |
| 3.2.2    | <i>Personal.....</i>  | 9         |
| 3.2.3    | <i>Qualitätsmanagementsystem.....</i>   | 12        |
| 3.2.4    | <i>Sicherheit.....</i>  | 13        |
| 3.3      | KERNPROZESSE .....  | 15        |
| 3.3.1    | <i>Pflege.....</i>  | 15        |
| 3.3.2    | <i>Beratung und Betreuung.....</i>  | 19        |
| 3.3.3    | <i>Hauswirtschaft.....</i>  | 21        |
| <b>4</b> | <b>BEGUTACHTUNGEN .....</b>   | <b>22</b> |
| 4.1      | BEGUTACHTUNGEN VON WOHNBEREICHEN .....  | 22        |
| 4.1.1    | <i>Wohnbereich Sonnenblumenallee .....</i>  | 22        |
| 4.1.2    | <i>Wohnbereich 4 / Tulpenallee.....</i>   | 25        |
| 4.2      | BEGUTACHTUNGEN VON BETREUTEN.....   | 28        |
| 4.2.1    | <i>Bewohner 1 .....</i>   | 28        |
| 4.2.2    | <i>Bewohner 2.....</i>  | 29        |
| 4.2.3    | <i>Bewohner 3.....</i>  | 30        |

|          |                                    |           |
|----------|------------------------------------|-----------|
| 4.2.4    | <i>Bewohner 4</i> .....            | 31        |
| 4.2.5    | <i>Bewohner 5</i> .....            | 32        |
| 4.3      | ÜBERPRÜFUNG DER DOKUMENTATION..... | 33        |
| <b>5</b> | <b>ZUSAMMENFASSUNG</b> .....       | <b>35</b> |
|          | <b>ANHANG 1</b> .....              | <b>39</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   |
| 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   |
| GwB           | Gesundheitswerk Bethel Berlin  |
| 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. M-KIS der Fa. Meierhofer, das im Gesundheitswerk Bethel Berlin im Einsatz ist)   |
| KL            | Krankenhausleitung   |
| KTQ           | Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen   |
| KVP           | Kontinuierlicher Verbesserungsprozess  |
| LA            | Lebensaktivitäten (aus: Pflegemodell nach Roper)   |
| LK            | Leistungskomplexe  |
| Ltg.          | Leitung (Gruppenleitung, Abteilungsleitung etc.)   |
| MA SD         | Mitarbeitende Sozialdienst   |
| MCC / M-KIS   | Elektronisches Krankenhausinformationssystem der Fa. Meierhofer  |
| MDK           | Medizinischer Dienst der Krankenkassen   |
| Med. GF       | Medizinsicher Geschäftsführer  |
| MRSA          | „Methicillin-resistent Staphylococcus aureus“  |
| N             | Nachweis   |
| NES           | Nationale Expertenstandards des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)   |
| NT            | Neues Testament  |
| ORIS          |  |
| P             | PDCA - Plan-Schritt  |
| Pat.          | Patient  |
| PDBE          | Pflegedienst Bethel Berlin   |
| PDCA-Zyklus   | ‚Plan-Do-Check-Act‘-Zyklus, steht für die Planungsschritte (Plan), Durchführungsschritte (Do), Überprüfungs- (Check) und Anpassungsschritte (Act) innerhalb eines Gesamtprozesses                            |
| PDL           | Pflegedienstleitung  |

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

# 1 Einleitung

## **1.1 Methodik der Internen Revision in Medizin und Pflege des Gesundheitswerkes Bethel Berlin**

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

Seit 2003 werden alle Unternehmensbeteiligungen des Gesundheitswerkes Bethel Berlin (im Folgenden: GwB) 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 GwB. 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 GwB 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 GwB 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 GwB 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 GwB mit ihren Stärken, aber auch mit allen ‚Ecken und Kanten‘ darzustellen und dem Informationsbedürfnis der Interessenten entgegenzukommen, werden bereits seit Anfang 2008 alle internen wie auch alle von der Heimaufsicht (im Folgenden: HA) und dem MDK erstellten Berichte im Internet vollständig veröffentlicht, obwohl sie dem Leser wegen ihres Umfangs ein gewisses ‚Durchhaltevermögen‘ abverlangen.



## **1.2 Kriterienauswahl**

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

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

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

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

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

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

Im folgenden Kapitel werden die Strukturdaten der Einrichtungen dargestellt.

## 2 Allgemeine Angaben zur Einrichtung

|                          |                 |                 |
|--------------------------|-----------------|-----------------|
| <b>Datum der Prüfung</b> | von: 13.03.2019 | bis: 14.03.2019 |
|--------------------------|-----------------|-----------------|

|  |      |       |                |
|--|------|-------|----------------|
| <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>        |  |
| Prüfer / Gutachter:               |  |
| 1. Herr Dietel, SMG               |  |
| 2. Frau Zander, SMG               |  |
| Gesprächspartner der Einrichtung: |  |
| 1. Herr Knollmann                 |  |
| 2. Frau Möller                    |  |
| 3. Herr Detert                    |  |
| 4. Frau Dück                      |  |
| 5. Frau Fuchs                     |  |
| 6. Herr Kranzmann                 |  |
| 7. Herr Kunze                     |  |
| 8. Herr Bunzel                    |  |
| 9. Frau Kuku                      |  |
| 10. Frau Herbig                   |  |
| 11. Frau Baumann                  |  |
| 12. Frau Unrau                    |  |
| 13. Frau Schmidt                  |  |

|  |
|--|
| <b>Wann wurde die Einrichtung zuletzt von anderen Qualitätsprüfungsinstitutionen besucht</b> |
| 07.03.2019 (MDK Regelprüfung)  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Name und Gesellschafter der Einrichtung sowie verantwortliche Personen mit Angabe der Qualifikationen:</b> |  |
| Name der Einrichtung:   | Seniorenzentrum Bethel Bad Oeynhausen gGmbH      |
| Gesellschafter:   | Gesundheitswerk Bethel Berlin gemeinnützige GmbH |
| HG:   | Knollmann, Joachim                               |
| PDL / Geschäftsführerin:  | Möller, Cornelia                                 |
| Stv. PDL:   | Detert, Maik                                     |
| QMB:  | Dück, Janna                                      |

**Seit wann besteht die Einrichtung?**

1977

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

1. (...)
2. (...)
3. (...)
4. (...)
5. (...)
6. (...)
7. (...)
8. (...)
9. (...)

**Art der Einrichtung und Versorgungssituation**

Bettenanzahl: 187

Aktuelle Belegung: 176

Auslastung in %: 94,12%

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

|    |                          | Monat März 2019 |
|----|--------------------------|-----------------|
| a. | Wachkoma                 | 0               |
| b. | Beatmungspflicht         | 0               |
| d. | Dekubitus                | 5               |
| c. | Blasenkatheter           | 25              |
| e. | PEG-Sonde                | 5               |
| f. | Fixierung                | 2               |
| g. | Kontraktur               | 28              |
| h. | Vollständige Immobilität | 10              |
| i. | Tracheostoma             | 0               |
| j. | MRSA                     | 4               |

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

|  | ja         | nein     |
|--|------------|----------|
| stufenloser Eingang  | x          |          |
| Aufzüge mit für Rollstuhlfahrer erreichbaren Bedienelementen | x          |          |
| Handläufe in den Fluren bds.                                 | x          |          |
| Haltegriffe im Sanitärbereich (Toiletten, Dusche Badewanne)  | x          |          |
| Behindertengerechtes Bad und Toilette auf jeder Etage        | x          |          |
| Fäkalienspüle auf jeder Etage                                | x (WB 1-3) | x (WB 4) |
| intakte und erreichbare Rufanlage                            | x          |          |
| höhenverstellbare Pflegebetten (elektrisch/hydraulisch?)     | x          |          |
| rutschfester Fußboden  | x          |          |
| Nachtbeleuchtung   | x          |          |
| allg. Orientierungshilfen                                    | x          |          |
| abschließbare Medikamentenschränke                           | x          |          |

**Zusammensetzung Pflegepersonal**

| Qualifikationen        | Vollzeit     |                | Teilzeit     |                | Gesamt-        | Geringf. Beschäftigte |              |
|------------------------|--------------|----------------|--------------|----------------|----------------|-----------------------|--------------|
|                        | Anzahl MA    | Stunden        | Anzahl MA    | Stunden        |                | Anzahl MA             | Stunden      |
| Krankenschwestern      | 2,00         | 80,00          | 1,00         | 40,00          | 120,00         | 1,00                  | 9,00         |
| Altenpfleger/-innen    | 18,00        | 720,00         | 9,00         | 360,00         | 1080,00        | 1,00                  | 9,00         |
| Pflegehilfskräfte ohne | 10,00        | 400,00         | 18,00        | 720,00         | 1120,00        | 6,00                  | 9,00         |
| Pflegehilfskräfte mit  | 6,00         | 240,00         | 4,00         | 160,00         | 400,00         |                       |              |
| Auszubildende          | 4,00         | 160,00         |              | 0,00           | 160,00         |                       |              |
| <b>Gesamt:</b>         | <b>40,00</b> | <b>1600,00</b> | <b>32,00</b> | <b>1280,00</b> | <b>2880,00</b> | <b>8,00</b>           | <b>27,00</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 Diakonisches Einrichtungsleitbild   |  |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise  |  |
| F: Das Seniorenzentrum hat sieben Mitarbeitende zu Seelsorgehelfern qualifiziert. |  |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation   |   |
|--|---|
| F 1.5 Managementbewertung  |   |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise   |   |
| F: 2018 wurden bestimmte Themen der Nationalen Expertenstandards im Rahmen der Pflegevisiten geprüft. Deshalb wurde auf die Befragung des Personals verzichtet.  |   |
| F: Risiken werden eingeschätzt und auf bestehende Risiken fokussiert (z.B. Legionellen, Aufnahmemanagement, Mögliche Komplikationen mit Gewerken).<br>F: Die Einrichtung befindet sich bezüglich des Risikomanagements noch in der Entwicklungsphase.<br>N: Risikobewertung_alt /aktuell - Maßnahmenplan | E: Risiken sollten entlang der Kategorien des DSP entwickelt werden, nicht pro Anforderung. Risiken werden insbesondere durch Audits, Beschwerden, Fehler etc. aufgedeckt.<br>E: Die Bewertungsmatrix sollte etwas erweitert werden. Die Bewertung der Eintrittswahrscheinlichkeit und der Schadenshöhe erscheint auf der Skala von 1 bis 3 zu eng. |
| F: In den Rohdatentabellen sind die Fehler aufgeführt und quantitativ ausgewertet, die im nächsten Schritt analysiert werden. Systematische Fehler mit hohem Schadenspotential werden im Rahmen eines Fehlerprotokolls behandelt.  |   |

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

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation   |   |
|--|---|
| F 1.5 Managementbewertung  |   |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise   |   |
| F: Die Bewohner - und Mitarbeiterbefragung weisen 2018 beide stabile Befragungsergebnisse im Vergleich zum Vorjahr auf, mit leichter Verbesserungstendenz. Pflegevisiten finden planmäßig statt, eine große Vielfalt an Öffentlichkeitsarbeit wurde auch 2018 vorgehalten. Im Bereich der Fachkraftquote besteht ein Risiko. Die Einrichtung nutzt alle Chancen um Mitarbeiter zu gewinnen, so wurden bspw. Dauernachtwachen eingestellt und Pflegefachkräfte erhalten feste Bürotage für die Dokumentation. Der WTG Behörde ist die allgemeine Situation auf dem Fachkräftearbeitsmarkt bekannt und ein kontinuierlicher Austausch findet statt.<br><br>N: Managementbewertung 2018 | H: Die Einrichtung muss alle Kriterien in der Managementbewertung berücksichtigen, die in der Anlage 2 der Vorgabe angegeben sind.  |
| F: Risiken werden bereits in einigen Kriterien gut abgebildet, bspw. Kapazitätsauslastung, Personalbedarfsdeckung.   | E: Die Einrichtung sollte perspektivisch in der Managementbewertung die Wirksamkeit des Risikomanagements und die Anforderungen der interessierten Parteien noch deutlicher abbilden. |

### 3.2.2 Personal

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation   |  |
|--|--|
| F 2.3.1 VA Dienstplan_V8; F 2.3.1.2 Familienfreundlicher Arbeitgeber_V4; F 2.3.2 VA Urlaubsplanung und Abwesenheitszeiten_V9; F 2.3 Personaleinsatzplanung_V8, F 2.3.1 M 02.1 Dienstplansicherung am Wochenende, F 2.3.1 M 02.2 Bereitschaftsdienst Wochenende u Feiertage, F 2.3.2 VA Urlaubsplanung und Abwesenheitszeiten |  |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise   | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen   |
| F: Aus der Verfahrensanweisung geht nicht die Archivierungszeit von 10 Jahren hervor.  | H: Die Verfahrensanweisung muss die Archivierungszeit von 10 Jahren aufnehmen. |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation   |   |
|--|---|
| F 2.4 VA Interne Kommunikation_V13; F 2.4 M 04.1 Interne Besprechungsmatrix_V1; F 2.4 M 04.2 Externe Besprechungsmatrix_1; F 2.4 M 01.1 Besprechungsvorlage Tagesordnung_V2, F 2.4 M 03.2 Erläuterung zur Anwendung der Protokollvorlage |   |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise   | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen  |
| F: Unter der Überschrift "Grundsätzlich" werden in der Regelung (und auch in zahlreichen anderen) durchgehend Prozesskriterien aufgeführt.   | H: Grundsätzlich muss sich auf das beschränken, was grundsätzlich ist. Werden Prozesse beschrieben, müssen diese unter den "Prozesskriterien" aufgeführt werden - die Verfahrensanweisung wird für den Leser sonst unübersichtlich. |
| F: Sehr übersichtliche und aussagekräftige interne und externe Besprechungsmatrix.   |   |
| F: "Verbesserungspotential des Monats" ist fester Bestandteil der Tagesordnung.  |   |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation   |  |
|--|--|
| F 2.5 VA Stellen- und Aufgabenbeschreibung_V3; F 2.5 M 07.1 Stellenbeschreibung Leiter Technischer Dienst und Sicherheitsbeauftragter; F 2.5 M 1.2 a Examinierter Krankenpfleger_V5; F 2.5 M 1.3 Examinierter Altenpfleger_V6; F 2.5 M 1.3.2 Examinierter Gesundheits- und Krankenpfleger_V5, F 2.5 M 01.6 Stb_Altenpflegeschüler, F 2.5 M 08.1 Aufgabe Hygienebeauftragter 3, F 2.6 M 01.1 ECL Pflege |  |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise   | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen   |
| F: Für examinierte Pflegekräfte liegen drei Varianten von Stellenbeschreibungen vor (examinierter Altenpfleger, examinierter Krankenpfleger, examinierter Gesundheits- und Krankenpfleger), die sich jedoch inhaltlich nicht unterscheiden.  | E: Die Einrichtung sollte prüfen die Stellenbeschreibung für examinierte Pflegefachkräfte in einer Stellenbeschreibung abzubilden. |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation   |  |
|--|--|
| F 2.7 VA Ausbildung_V5   |  |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise   | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| F: Zurzeit werden vier Auszubildende in der Einrichtung beschäftigt.<br>F: Die Einrichtung präsentiert sich auf Ausbildungsmessen. Darüber hinaus werden Akquisetätigkeiten - z.B. ein Bewerberfrühstück, Werbung in den Medien, Prämien - durchgeführt. |  |
| F: Zurzeit sind vier Praxisanleiter in der Einrichtung beschäftigt.<br>F: Gesprächszeiten zwischen Praxisanleiter und Schülern werden eingeräumt aber im Dienstplan nicht ausgewiesen.   |  |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation  |  |
|---|--|
| F 2.8 VA Fort- und Weiterbildung_V14; F 2.8 M 05.1 Fachliteratur , F 2.8 M 01.1 Themenerfassung Fortbildungsbedarf, F 2.8 M 02.1 Fortbildungsplan, F 2.8 M 06.1 jährliche Unterweisung durch ABTL |  |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise  | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| F: Das Instrument des E-Learning wurde ausgewählt (Pflegecampus). Die Umsetzung wird gegenüber anderen Projekten (Bau, Einführung der neuen Qualitätskriterien) zurückgestellt.                   |  |
| F: Wissensselbsttests werden mit dem E-Learning-Programm eingeführt. Papiergestützt gibt es keine Selbsttests.  |  |



| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation  |  |
|---|--|
| F 2.8 VA Fort- und Weiterbildung_V14; F 2.8 M 05.1 Fachliteratur , F 2.8 M 01.1 Themenerfassung Fortbildungsbedarf, F 2.8 M 02.1 Fortbildungsplan, F 2.8 M 06.1 jährliche Unterweisung durch ABTL   |  |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise  | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen                               |
| <p>F: Das Fortbildungsprogramm soll zertifiziert werden. Unter den Mitarbeitenden ist die Bereitschaft vorhanden, sich registrieren zu lassen. Punkte für die Registrierung können künftig auch im Rahmen des E-Learning erworben werden.</p> <p>F: Mittels Verknüpfungen können die Interessenten vom Fortbildungskalender in die FB-Themen gelangen.</p> <p>F: Die Teilnahme wird dokumentiert und liegt in der Gesamtübersicht vor. Es gibt laufende Auswertungen über die Teilnahmen und eine Übersicht, welche Mitarbeitende noch welche Pflichtfortbildungen besuchen müssen.</p> <p>N: Fortbildungskalender 2019</p> |  |
| F: Die Fortbildungen werden geplant und die Teilnahme überprüft.  |  |
| F: Eine sehr übersichtliche und vielfältige Literaturliste liegt bereit. Einige der Fachbücher sind veraltet (z.B. Psyhyrembel, Rote Liste, Altenpflege Band 1+2).  | H: Die Einrichtung muss die Literaturangebote auf Aktualität prüfen. |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation   |   |
|--|---|
| F 2.10 VA Diakonische Angebote für Mitarbeiter _V4; F 2.10 M 01.1 Arbeiten in christlicher Verantwortung Richtlinie für das Seniorenzentrum Bethel Bad Oeynhausen_V5 |   |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise   | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen  |
| F: Die Richtlinie enthält noch einen Verweis zur Satzung und "Leben und Arbeiten" des Diakoniewerk Bethel „e.V.“   | H: Bei der kommenden Überarbeitung muss eine Aktualisierung der Verweise stattfinden, das Gesundheitswerk (bis 2018 Diakoniewerk) ist seit 2011 kein e.V. mehr. |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation   |  |
|--|--|
| F 2.12 Begleitung freiwillig Engagierter , F 2.12 M 01.1 Aufgabenbeschreibung freiwillig Engagierter   |  |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise   | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| <p>F: Freiwillig Engagierte werden zu den Medizinprodukteschulungen eingeladen, um bspw. den Umgang mit Rollstühlen zu üben.</p> <p>F: Zurzeit engagieren sich rund 14 Ehrenamtlich für die Einrichtung ("Freundeskreis").</p> |  |

### 3.2.3 Qualitätsmanagementsystem

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation   |   |
|--|---|
| F 3.2 VA Lenkung von Dokumenten und Aufzeichnungen_V8; F 3.2 M 01.1 Vorlage VA_ohne V  |   |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise   |   |
| F: In der Regelung findet sich eine Aufbewahrungsfristverlinkung, die nicht funktioniert. Im Ordner zur Lenkung von Dokumenten findet sich keine geeignete Regelung. | H: Die Regelungen müssen die Kriterien der Anforderung aufnehmen. |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation   |  |
|--|--|
| F 3.3 Umgang mit Fehlern, Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen 6, F 3.3.1 M 01.1 Fehlersammelkarte, F 3.3.1 M 02.1 Fehlerprotokoll, F 3.3.1 M 03.1 permanente Vorbeugemaßnahmen, F 3.3.1 M 04.1 Formular Verbesserungsvorschläge   |  |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise   |  |
| F: Die Regelung ist nicht immer selbsterklärend.   | H: Vor Veröffentlichung der Regelungen müssen fachfremde Personen geglesen. Oftmals ist den Erstellenden innerhalb ihrer Fachabteilung nicht klar, dass sie sich ggf. unverständlich ausdrücken. |
| F: In den Rohdatentabellen sind die Fehler aufgeführt und quantitativ ausgewertet, die im nächsten Schritt analysiert werden. Systematische Fehler mit hohem Schadenspotential werden im Rahmen eines Fehlerprotokolls behandelt.  |  |
| F: Das Fehlermanagement wird aktuell auf das Pareto-Prinzip umgestellt. Fehlermöglichkeiten wurden mit allen Abteilungen besprochen und auf einer Fehlersammelliste festgehalten, Ziel ist es, die Handhabung zu erleichtern.<br>F: Aktuell werden Fehler erfasst die derzeit nicht behoben werden können, z.B. häufig verstopfte Waschbecken.<br>F: Die Fehlerauswertung erfolgt Abteilungsbezogen.<br><br>N: Auswertung Fehler Wohnbereich 1/ 2018 | E: Die Einrichtung sollte Fehlervorgaben von der Fehlersammelliste nehmen, die sich aktuell nicht beheben lassen.  |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation                             |   |
|--|---|
| F 3.4 VA Beschwerdemanagement_V 5; F 3.4 M 01.1 Beschwerdeprotokoll_V8   |   |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise                                   |   |
| F: Die Regelung ist umfassend.   |   |
| F: Über das Beschwerdemanagement laufen auch die Mitarbeiterbeschwerden. | H: Das Beschwerdemanagement muss hinsichtlich der Bethelkonventionen angepasst werden. Anmerkungen der Mitarbeitenden fließen in das Ideenmanagement ein. |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation  |   |
|---|---|
| F 3.5 VA Interne Audits_V6; F 3.5 M 01.1 Auditprogramm, F 3.5 M 02.1 Auditcheckliste,                     |   |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise  |   |
| F: Die Verfahrensanweisung bezieht sich auf das Systemaudit und die formelle Qualifikation der Auditoren- | H: Die Verfahrensanweisung muss entsprechend angepasst werden. Entsprechend den Bethelkonventionen werden an dieser Stelle Regelungen für alle Arten von internen Audits (Begehung Hygiene, Arbeitsschutz, Pflege usw.) hinterlegt. |

### 3.2.4 Sicherheit

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation   |   |
|--|---|
| F 4.2 Arbeitsschutz  |   |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise   |   |
| F: Die Gefährdungsbeurteilung ist nicht mehr aktuell.<br>F: In der Küche wurden Schnittschutzhandschuhe eingeführt. Seitdem ist die Schwere und Häufigkeit von Schnittverletzungen zurückgegangen.<br>F: Beschwerden (Menüdienst) werden durch eine Beschwerdemanagerin bearbeitet, die ggf. auch zu den Menüempfängern geht, um die Fehler vor Ort zu besprechen.<br><br>N: Gefährdungsbeurteilung Küche 2013 | H: Gefährdungsbeurteilungen müssen spätestens nach zwei Jahren aktualisiert werden. |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation   |  |
|--|--|
| F 4.3 VA Brandschutz_V7; F 4.3 M 01.1 Brandschutzordnung_7   |  |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise   |  |
| F: Durch einen externen Brandschutzbeauftragten finden Begehungen statt. 2018 wurden im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung die Brandschutzrisiken aufgeführt.<br>F: Die Brandmeldeanlage wurde erneuert. Eine vierteljährliche Wartung der Brandmeldeanlage erfolgt. Die Brandschutztüren werden regelmäßig durch den technischen Bereich geprüft. Ein Problem mit dem Zustellen von Brandschutztüren besteht nicht. Alle risikobehafteten Feststellungen werden zeitnah behoben.<br>F: Brandschutzhelfer sind ausgebildet und werden alle drei Jahre nachgeschult.<br><br>N: Begehungsprotokoll vom 8.3.2017 |  |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation  |  |
|---|--|
| F 4.4 VA Wartungs- und Kontrollsystem_V6; F 4.4.1 VA Wartungs- und Kontrollsysteme_V5; F 4.4.1 M 05.1 wöchentliche Kontrolle der BZ-Geräte_V4   |  |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise  |  |
| F: Die Prüfung der elektrischen ortsveränderlichen Geräte erfolgt durch die Mitarbeiter im Bereich Technik mit entsprechender Fachkunde und wird aktuell im Zweijahresrhythmus durchgeführt, da die Fehlerhäufigkeit sehr gering war.                                       |  |
| F: Eine Medizinproduktebeauftragte ist benannt. Ein Bestandverzeichnis wird von einer externen Firma geführt. Kontrollmessungen der BZ Geräte erfolgen wöchentlich. Nachweise der Eichung der Personenwaage liegen vor. Gebrauchsanweisung liegt vor, z.B. O2 Konzentrator. |  |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation  |   |
|---|---|
| F 4.5 Hygiene   |   |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise  |   |
| F: Auffälligkeiten in der Hygiene 2018 - die Arbeit an der Trennung von "rein" und "unrein" als Ergebnis der jährlichen Begehung der externen Hygienefachkraft.   |   |
| N: Protokoll Bad Oeynhausen Seniorenzentrum Bethel 2019 mit Maßnahmenplan   |   |
| F: Durch eine externe Hygienefachkraft findet einmal jährlich eine Begehung statt. Ergebnisse und Maßnahmen werden von der externen Hygienefachkraft protokolliert und von der Qualitätsbeauftragten in den zentralen Maßnahmenplan übertragen.<br>F: Die Hygienebeauftragten der Einrichtung treffen sich vierteljährlich und einmal jährlich findet die Hygienekommission (mit der externen Hygienebeauftragten) statt.<br>F: MRSA/ESBL Infektionen sind bei Aufnahme neuer Bewohner tendenziell rückläufig.<br>F: In der Einrichtung sind in den letzten beiden Jahren keine Noro-Virus-Infektionen ausgebrochen. Zur Prophylaxe wird im gesamten Jahr mit viruziden Desinfektionsmittel gearbeitet. | E: Die Einrichtung sollte überlegen, den zentralen Maßnahmenplan auch durch andere Auditoren pflegen bzw. ergänzen zu lassen, nicht nur ausschließlich durch die QM-Beauftragte.      |
| N: Protokoll Hygienebegehung 15.01.2019   |   |
| F: Die im Hygieneplan abgelegten Dokumente enthalten keine Prozess- und Versionsnummer, Erstellt von, Freigabe, gültig ab usw., wie sonst im gesamten QMH angewendet.   | H: Zur besseren Auffindbarkeit und Nachvollziehbarkeit muss die Einrichtung die Dokumente mit einer sogenannten „Lenkungszeile“ versehen und die entsprechenden Daten dort eintragen. |

### 3.3 Kernprozesse

#### 3.3.1 Pflege

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation  |   |
|---|---|
| K 1.1 Pflegeleitbild_V3   |   |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise  |   |
| F: Die Verfahrensanweisung ist kurz und knapp, jedoch sind Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien nicht klar getrennt und beschrieben. | H: Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien müssen erkennbar sein. |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation  |   |
|---|---|
| K 1.2 Pflegekonzept_V9; K 1.2.1 Palliativpflege Konzept_V5; K 1.2.2 Gerontopsychiatrisches Konzept_V6   |   |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise  |   |
| F: Die Einrichtung beschäftigt qualifizierte "Palliativ-Care"-Fachkräfte, die den Versorgungsprozess in schwierigen Situationen unterstützen und begleiten. |   |
| F: Die Verfahrensanweisung ist kurz und knapp, jedoch sind Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien nicht klar getrennt und beschrieben.                   | H: Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien müssen erkennbar sein. |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation  |  |
|---|--|
| K 1.3 Aufnahme_V 11; M 01.1 Checkliste Bewohnerakte_V7; M 02.2 Checkliste Bewohnereinzug_V9; K 1.3 M 03.1 Pflegebogen bei Neuaufnahme, Rückverlegung aus dem Krankenhaus, Entlassung_V14; K 1.3 M 03.2 Ernährungsanamnese |  |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise  | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| F: Die Regelung nimmt alle Kriterien der Anforderung auf und ist klar nach Struktur, Prozess und Ergebnissen strukturiert.  |  |
| F: Es existierte eine Checkliste für den Neueinzug, die sehr strukturiert aufgebaut ist.  |  |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation   |   |
|--|---|
| K 1.4.1 VA Pflegeprozess, Pflegeplanung, Pflegestandards_V9; K 1.4.2 VA Pflegestandards_V5; K 1.4.2 M 02.1 Pflegestandard Sturzprophylaxe_V8, K 1.4.1 M 03.2.1 Zuordnung Bew. Zi. Kleeblatt  |   |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise   | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen  |
| <p>F: Die Regelung zum Pflegeplanung und zum Pflegeprozess ist aussagekräftig und für Schulungen oder zum Nachschlagen geeignet.</p> <p>F: Die Leitfragen und Leitgedanken werden zu allen Themenfeldern der Systematischen Informationssammlung (SIS) aufgelistet, was es zur Einführung der SIS allen Mitarbeitenden oder neuen Mitarbeitenden / Auszubildenden ermöglicht, noch einmal nachzuschlagen.</p> <p>F. In der Regelung fehlt die Ableitung des Tagesstrukturierenden Maßnahmenplans und die Festlegung der Evaluation einzelner Aspekte der SIS und des davon abgeleiteten Maßnahmenplans.</p> <p>F: Die Regelung zu den Pflegestandards nimmt grundsätzlich die Kriterien der Anforderung auf. Die Gliederung der unterschiedlichen Themen ist nicht klar.</p> | <p>E: Die Themenfelder SIS sollten in der Regelung nicht nur in Form der Leitfragen und Leitgedanken ausgeführt sondern auch korrekt benannt werden.</p> <p>H: Die Ableitungen der Feststellungen in den tagesstrukturierenden Maßnahmenplan (TSM) sowie die Evaluation einzelner Phänomene in der SIS und im TSM müssen beschrieben werden.</p> <p>H: Zur Verständlichkeit der Regelungen gehört die gute Strukturierung der Themen und ihrer Beschreibung. Die Themen müssen getrennt voneinander dargestellt werden.</p> |
| <p>F: Im Nationalen Expertenstandard zur Sturzprophylaxe in der Pflege wird nicht beschrieben (Kriterienebene 6), wie lange die Kontrolle der Vitalzeichen nach einem Sturz erfolgen muss.</p>   | <p>H: Die Dauer der Kontrolle der Vitalzeichen nach Sturz muss festgelegt werden.</p>   |
| <p>F: Es gibt keine einrichtungsindividuellen Standards zur Grundpflege. Es wird hier auf Fachliteratur und das aktuelle Fachbuch „Pflege heute“ verwiesen.</p>  | <p>E: Die Einrichtung sollte den Umgang mit dem "Immer so Beweis" auf Rechtskonformität und Beweislast-Bestand prüfen.</p>  |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation   |   |
|--|---|
| K 1.5 VA Pflegedokumentationssystem_V20; K 1.5 M 04.1 Dokumentationsübersicht_V2;  |   |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise   | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen  |
| <p>Enzian, Herr K., Sturzmanagement: Gestürzt am 12.3.2019, Bewohner ist orientiert und entscheidet selbst, wie er sich durch die Einrichtung bewegt - Hilfsmittel Rollator. Keine Verletzung sichtbar, auf dem Kopf aufgeschlagen. Beobachtung über 24 Std. Keine Vitalzeichenkontrolle.</p> <p>F: Alle übergaberelevante Information bleiben 48 Stunden im System.</p> <p>F: Die SIS enthält Krankenbeobachtungen / fachliche Einschätzung und den "Verständigungsprozess". Die Beschreibung ist kurz und knapp und wird beim Druck nicht abgeschnitten.</p> <p>Fr. W, Sturzmanagement: Sturzbeschreibung und Einschätzung liegen vor. Zitate werden noch nicht verwendet. Folge: Am nächsten Tag schmerzt die rechte Hüfte - Bewohner ist heute bettlägerig - und ins Krankenhaus verlegt worden.</p> | <p>H: Die Vitalzeichenkontrolle muss mindestens 24 Std. nach dem Sturz stattfinden.</p> |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation  |   |
|---|---|
| K 1.5 VA Pflegedokumentationssystem_V20; K 1.5 M 04.1 Dokumentationsübersicht_V2;   |   |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise  | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen  |
| Fr. S., SIS: Zitat in im Feld "Was bewegt Sie im Augenblick".   |   |
| Fr. K., Schmerzmanagement: Schmerzgrund beschrieben, Ort ebenso, Numerische Analogskala wird monatlich einmal bestimmt - Schmerzempfinden bei Belastung und in Ruhe stabil bei 0.<br>F: Die SIS ist aussagekräftig, enthält nur teilweise Zitate. Die Einrichtung ist bei der Einführung noch in der Projektphase. Der MDK hat zum Umsetzungsstand eine positive Einschätzung zurückgemeldet.   |   |
| Frau B. 11/2017 Aufnahme im Rahmen der Palliativpflege. Risiken sind in der SIS erfasst und in der Risikomatrix abgebildet. Zitate finden sich in dieser SIS nicht. Schmerzprotokoll wird geführt, Die Bewohnerin meldet sich bei Schmerzen. Bei einem Schmerzstärkenanstieg im Dezember erfolgt eine Anpassung des Medikamentenregimes. Wirksamkeitskontrollen nach Schmerzmittelgabe erfolgen auf einem Schmerzdokumentationsformular.<br>Das Ernährungsrisiko und seine Ursachen wurden in der SIS erfasst, der Gewichtsverlauf in einer Exceltabelle und im elektronischen Dokumentationssystem M-KIS. Relevante Gewichtsabnahme zwischen Januar und März, die Diätassistentin wurde informiert und hinzugezogen. Maßnahmen wurden adäquat eingeleitet. | H: Die Maßnahmenplanung im elektronischen Dokumentationssystem ist nicht chronologisch sortiert, hier muss mit dem RZV Rücksprache gehalten werden. |
| Fr. J. Palliativpflege. Risiken sind erfasst und in der SIS thematisiert, Dekubitusprophylaxe ist geplant, die Lagerung erfolgt alle 3- 4 Stunden, Schmerzerhebung mittels BESD, letzte Erhebung 14.2.2019; während der Versorgung wird auf Schmerzsymptome geachtet; Obstipationsgefahr - Stuhlgang wird in der Stuhlgangliste erfasst. Stuhlgang nicht durchgängig nachvollziehbar erfasst.   | H: Die Dokumentation des Stuhlgangs muss nachvollziehbar erfolgen.  |
| F: Die Regelung ist bezüglich der Anforderung umfassend. Die Verantwortung des Personalbüros für die zentrale Vergabe der Handzeichen und EDV-Kürzel ist beschrieben, im Strukturkriterium fehlt die Angabe.  | E: Das Personalbüro sollte im Strukturkriterium aufgelistet werden.   |
| F: Evaluationsdaten werden noch nicht in der prospektiven Planung genutzt.  | H: Evaluationsdaten müssen für Themeneinzelfelder genutzt werden.   |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation  |  |
|---|--|
| K 1.6 VA Mitwirkung bei ärztlicher Diagnostik und Therapie_V10;; K 1.6 M 01.1 Diagnosenblatt, K 1.6 M 02.2 Visitenprotokoll Ärzte |  |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise  | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen   |
| F: Im Thementeil "Grundsätzliches" werden häufig ganze Prozesse beschrieben,  | E: Die Prozesse sollten mit klaren Überschriften versehen und unter den Prozesskriterien beschrieben werden - z.B. "Umgang mit Verordnungen des Arztes". |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation  |   |
|---|---|
| K 1.8 VA Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen_V11, K 1.9 M 01.1 Pflegevisitenprotokoll SIS |   |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise  | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen  |
| F: Die Regelung ist umfassend.<br>F: Unter dem Punkt "Grundsätzliches" werden Prozesse beschrieben. | H: Die Prozesse müssen klar benannt und unter den Prozesskriterien aufgeführt werden. |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation  |  |
|---|--|
| K 1.9 Pflegevisite und fachliche Begleitung von Mitarbeitern , K 1.9 M 05.1 Fallbesprechungsprotokoll, K 1.9 M 02.1 Mitarbeitervisite   |  |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise  | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen   |
| F: Im Qualitätshandbuch befindet sich noch nicht die aktuelle Verfahrensanweisung zur Pflegevisite, wie Sie 2018 durch eine Projektgruppe erarbeitet wurde.<br>F: Das überarbeitete Pflegevisitenprotokoll liegt vor.<br>F: Die Unterlagen zur Durchführung von Pflegevisiten sind sehr detailreich und die Durchführenden unterstützend ausgearbeitet.<br><br>F: Die Pflegevisiten sind ein Mittel der Wirksamkeitskontrolle und Instrument, um Verbesserungspotentiale aufzudecken. | H: Die Regelung muss aktuell sein.<br><br><br>H: Eine Wirksamkeitskontrolle muss erfolgen, so könnte zum Beispiel der Schulungserfolg anhand von Erfüllungsgraden vor und nach der Schulung abgebildet werden. |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation   |  |
|--|--|
| K 1.12 Verhalten in Notfallsituationen 12, K 1.12 M 03.2 Erste Hilfe Reanimation, K 1.12 M 03.1 Ersthelfer, K 1.12 M 02.1 Verhalten bei unklarer Abwesenheiten von Bewohnern                                     |  |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise   | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen   |
| F: Die Einrichtung hat auf allen Wohnbereichen und in Bereichen wie der Rezeption Ersthelfer qualifiziert.<br>F: Unter Ergebniskriterien werden ausschließlich die zur medizinischen Notfallsituation angegeben. | H: Die Regelung enthält auch andere Situationen / Prozesse, die bezüglich der Ergebnisse abgebildet werden müssen. |
| F: Notfälle werden nicht systematisch ausgewertet.   | H: Notfälle müssen ausgewertet werden.   |
| F: Gemäß der Berufsgenossenschaft muss die Einrichtung keine Ersthelfer mehr vorhalten.<br>F: Die Einrichtung hat über 5% Brandschutzhelfer ausgebildet.   |  |



| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation   |  |
|--|--|
| K 1.13 VA Umgang mit Sterben und Tod_V10; K 1.13 M 03.2 Standard Versorgung eines verstorbenen Bewohners_V9  |  |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise   |  |
| <p>F: Die Einrichtung ist Mitglied im Netzwerk für Palliativversorgung und kooperiert mit einem Hospiz.</p> <p>F: Die Einrichtung hält die Möglichkeit vor, dass Angehörige von Sterbenden übernachten und so ihre Angehörigen begleiten können.</p> <p>F: Wenn die Beisetzungen von lange Betreuten im Umkreis von Bad Oeynhausen stattfinden, nimmt immer ein Mitarbeitender aus der Einrichtung teil.</p> <p>F: Vor Totensonntag wird jährlich ein Gedenkgottesdienst in der Einrichtung organisiert.</p> |  |

### 3.3.2 Beratung und Betreuung

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation   |  |
|--|--|
| K 2.1 Erstkontakt, Erstgespräch, Beratung_V11; K 2.1 M 01.1 Aufnahmebogen_V9; K 2.1 Erstgespräch_V12   |  |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise   | Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen |
| <p>F: Die Aufgaben des Sozialdienstes werden von der Pflegedienstleitung übernommen.</p> <p>F: Bei Erstkontakten werden die Daten des Anfragenden aufgenommen - am nächsten Tag bekommt der Interessent eine Antwort.</p> <p>F: Kommt ein Termin zustande, werden die Themen dokumentiert (Erstgespräch)</p> <p>F: Die Daten werden durch eine Kopie an den WB geleitet.</p> <p>F: Sind die Überleitungsdaten der verlegenden Einrichtung nicht vollständig (z.B. notwendige Anti-Dekubitus-Matratze), wird die Aufnahme abgelehnt.</p> <p>N: Interessentenliste 2019, Interessentengespräch</p> |  |
| F: Die Wohnbereichsleitung ist verantwortlich dafür, dass das Zimmer bei Auszug für den nächsten Einzug vorbereitet wird.  |  |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation   |  |
|--|--|
| K 2.2 soziales Betreuungskonzept / Konzeption Ergotherapie_V5; K 2.2.1 Konzept zusätzliche Betreuung gem. § 87b Abs. 3 SGB XI_V4, K 2.2.2 Begleitung beim Heimein-zug Erstkontakt Soz. Betreuung   |  |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise   |  |
| <p>F: Aktuell sind zwei Ergotherapeuten (eine Stelle vakant) und zehn Betreuungsmitarbeiter beschäftigt. Die Betreuungsmitarbeiter sind den Ergotherapeuten unterstellt, den Wohnbereichen zugeordnet und werden durch die Wohnbereichsleitungen koordiniert. Sie nehmen an den Teamsitzungen der Wohnbereiche teil und haben eigene Teamsitzungen. Abendveranstaltungen finden aktuell nicht statt, da Bewohner abends kein Interesse haben. Verhaltensauffällige Bewohner werden in der Nacht von den Pflegekräften betreut. Immobilen Bewohnern werden Einzelangebote angeboten (nicht täglich), Angebote werden individuell geplant.</p> <p>F: Der wöchentliche Veranstaltungskalender wird von den Ergotherapeuten geplant und ausgehängen. Jahresfeste finden darüber hinaus statt. Feierlichkeiten mit jährlichen Motto - 2019 "Gaumenfreunden".</p> <p>F: Wünsche der Bewohner werden berücksichtigt z.B. durch den Bewohnerbeirat.</p> <p>F: Fortbildungsthema für diese Kategorie: „Empathische Kommunikation“ für alle Mitarbeiter.</p> <p>F: Der Materialbedarf wird von den Ergotherapeuten mit der Geschäftsführung besprochen, einmal wöchentlich findet ein Treffen statt.</p> |  |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation  |  |
|---|--|
| K 2.3 Zusammenarbeit mit Angehörigen und Bezugspersonen   |  |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise  |  |
| <p>F: Bei Gesprächsbedarf gehen die Angehörigen entweder auf die Wohnbereichsleitungen oder die Geschäftsführung zu. Sprechstunden wurden nicht angenommen, wichtig ist die Terminvergabe bei Bedarf.</p> <p>F: Die Ehrenamtlichen werden von einer Mitarbeiterin der Rezeption betreut und Treffen für Ehrenamtliche organisiert. Zurzeit engagieren sich rund 12 Ehrenamtliche in der Einrichtung.</p> <p>F: Die Akquise von Ehrenamtlichen erfolgt durch die Mitarbeiterin der Öffentlichkeitsarbeit.</p> <p>F: Ehrenamtliche können an den Fortbildungen teilnehmen.</p> <p>F: Der Heimbeirat trifft sich einmal monatlich und lädt die Pflegedienstleitung / Abteilungsleitungen ein. Die Pflegedienstleitung fertigt die Protokolle an.</p> |  |

**3.3.3 Hauswirtschaft**

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation   |   |
|--|---|
| K 3.3 VA Verpflegung_V9;   |   |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise   |   |
| F: In der Verfahrensanweisung wird in der Literatur auf Grundsatzstellungnahme Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen von 2003 verwiesen. | H: Die Einrichtung muss sich auf die aktuelle Literatur beziehen. |

| Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation   |  |
|--|--|
| K 3.4 VA Reinigung_V7; K 3.4 M 01.1 Reinigungsintervalle_V1  |  |
| Feststellungen / eingesehene Nachweise   |  |
| F: Zusammenarbeit mit der Reinigung klappt gut, Verbesserungspotentiale werden durch die Wohnbereichsleitung angesprochen. |  |

## 4 Begutachtungen

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

#### 4.1.1 Wohnbereich Sonnenblumenallee

|                              |                                       |
|------------------------------|---------------------------------------|
| Datum:                       | 14.3.2019                             |
| Begleitpersonen / Leitungen: | Hr. Kranzmann, Frau Möller, Frau Dück |

| Subkategorie                               | Kriterium / Subkriterium   | Kommentar                                      |
|--|--|--|
| <b>F 4.2 Arbeitsschutz*</b>                | Hautschutzplan der BGW / Hygieneplan*  | iO   |
|  | Frage aus F 4.5: Aushang aktueller Hygiene- und Desinfektionspläne? Wird Hautschutz mit in die Hinweise eingeschlossen? Mitarbeitenden bekannt?  | iO   |
| <b>F 4.3 Brandschutz*</b>                  | Aushang von Flucht- und Rettungsplänen*  | iO   |
|  | Sind Fluchtwege / Flure frei begehbar?*  | iO   |
|  | Sicherheit: Zugang zu gefährlichen Substanzen*   | k.B.   |
| <b>F 4.4 Wartungs- und Kontrollsystem*</b> | Kontrolle des Defibrillators / der Sauerstoffflasche des Reanimationswagens*<br>(z.B. Ordner der Medizinprodukte - Wartungs- und Kontrollsystem. Mögliche Nachweise Anzahl, Art, Betriebsanleitungen bzw. Gebrauchsanleitungen)* | F: Im Eingangsbereich steht der Defibrillator. |
|  | Notfallausstattung*  | iO   |
|  | Funktionskontrolle der Medizinprodukte durch die Mitarbeitenden 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   |

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

| Subkategorie                              | Kriterium / Subkriterium   | Kommentar  |
|---|--|--|
|   | Erforderliche Hygienemaßnahmen bei Isolierten (Schutzkleidung, Hauben, Mundschutz, Handschuhe, Einmalkittel, Wäsche, Abwurf, Reinigung)?*                | iO   |
|   | Umgang mit reinem / unreinem Arbeitsraum / Arbeitsmitteln*   | F: Es gibt noch einen funktionsfähigen unreinen Arbeitsraum.   |
|   | Lagerungshilfsmittel*  | iO   |
|   | Lagerung der Verbandsmaterialien / Sterilgut*  | iO   |
|   | Kleidung der Mitarbeitenden*   | iO   |
|   | Gesamteindruck Sauberkeit und Hygiene **   | Sauber.  |
| <b>K 1.9 Umgang mit den Medikamenten*</b> | Die Medikamentenschränke sind abschließbar / Lagerung in Medikamentenkühlschränken bei Bedarf.*  | iO   |
|   | Sachgemäße Lagerung / Aufbewahrung (Beschriftungen nach Anbruchs- und Verfallsdatum mit Jahreszahl* / Entsorgung der Medikamente (und Spritzenbestecke)* | iO   |
|   | Kontrollliste Lagergut und Medikamente*  | iO   |
|   | Entsprechen die gestellten Medikamente denen, die der Arzt angeordnet hat (Abgleich Medikamente / Verordnung)?*  | iO   |
|   | BTM – Buch und Aufbewahrung (Vollständigkeit) / Verblisterung / Vier-Augen-Prinzip*  | iO   |
| <b>K 2.2 Wohnraumgestaltung **</b>        | Gestaltung der Gemeinschaftsräume**  | Wohnlich.  |
|   | Gestaltung der Außenbereiche - Balkone / Gehwege / Bepflanzungen**   | Abwechslungsreich.   |
|   | Erscheinungsbild der Flure / Gestaltung der Sitzgelegenheiten / Informationstafeln etc.**  | Farbig, vielfältig.  |
|   | Veranstaltungsübersicht**  | Flachbildschirme, Aushänge in Augenhöhe der Rollstuhlfahrer.   |
| <b>K 2.4 Reinigung **</b>                 | Verkehrsflächen - Fußböden („runde Ecken“, Staub, Begehbarkeit)**  | Sehr sauber.   |
|   | Gerüche?*  | Wenige Uringerüche.  |
|   | Sanitärbereiche und Funktionsräume**   | Den Umständen entsprechend - die Generalsanierung steht bevor. |
|   | Sauberkeit und Ordnung in Gemeinschaftsräumen**  | Sehr sauber.   |
|   | Sauberkeit der Umgebung: Fenster, Sonnenschutz / Jalousien **  | k.B.   |
|   | Sauberkeit Verteilerküchen**   | Sehr sauber.   |
| <b>Diakonisch-Kirchliche Angebote *</b>   | Leitbilder gut sichtbar und bewohnerorientiert angebracht?*  | iO   |
|   | Ausstattung der Bewohnerzimmer / Büros mit Neuem Testament (NT)*   | k.B.   |
|   | Angebotsübersicht gut sichtbar?*   | iO   |
|   | Bibel / Feiern und Loben / andere Gesangsbücher in allen Wohnbereichen / Einlegeblätter?*  | F: Nicht vorhanden. H: Muss nachbestellt werden.               |
|   | Liste der Pastoren / Pfarrer*  | F: An der Rezeption liegen die Telefonnummern bereit.          |

| 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)*  | k.B.   |
|                          | Handzeichenlisten aktuell? (Stichprobe: von der HZ-Liste zum Dienstplan zur Akte - Übereinstimmung?)*   | iO   |
|                          | Interne Kommunikation: Wie können die Mitarbeiter Vorschläge zur Tagesordnung anmelden?   | iO   |
|                          | Interne Kommunikation: Erfolgt eine systematische Überprüfung, inwieweit die vereinbarten Aufgaben umgesetzt und die gesetzten Ziele erreicht werden?   | iO   |
|                          | Interne Kommunikation: Sind die Protokolle zeitnah erstellt und allen Beteiligten zugänglich gemacht?   | iO   |
|                          | Interne Kommunikation: Wie ist die Weiterleitung von Informationen an Mitarbeiter, die nicht an Besprechungen teilgenommen haben, geregelt?   | 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?  | iO - die Ziele hängen aus.   |
|                          | Dienst- / Tourenplanung - Kap. 4.1.1  |  |
|                          | Interne Kommunikation - Kap. 4.1.1  |  |
|                          | Datenschutz - Kap. 4.3 (k113f)  |  |
| <b>Gesamtbewertung**</b> |   | Der Wohnbereich wird sehr gut geführt und ist gut gereinigt. Aufgrund des bevorstehenden Umbaus sind einige Räume nicht mehr funktional und nicht mehr gepflegt. |

**Legende:**

|  |
|--|
| iO - in Ordnung - Bewertung '2' / ggf. Schulnote**   |
| t.n.z. - trifft nicht zu   |
| *Beurteilung nach '0' - nein, '1' - teilweise, '2' - vollständig (iO)<br>--> 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 4 / Tulpenallee

|                              |             |
|------------------------------|-------------|
| Datum:                       | 14.3.2019   |
| Begleitpersonen / Leitungen: | Herr Detert |

| Subkategorie                               | Kriterium / Subkriterium  | Kommentar  |
|--|---|--|
| <b>F 4.2 Arbeitsschutz*</b>                | Hautschutzplan der BGW / Hygieneplan*   | iO   |
|  | Frage aus F 4.5: Aushang aktueller Hygiene- und Desinfektionspläne? Wird Hautschutz mit in die Hinweise eingeschlossen? Mitarbeitenden bekannt?   | iO   |
| <b>F 4.3 Brandschutz*</b>                  | Aushang von Flucht- und Rettungsplänen*   | iO   |
|  | Sind Fluchtwege / Flure frei begehbar?*   | iO   |
|  | Sicherheit: 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)* | Sehr gutes Medizinprodukte-Management auf dem Wohnbereich.                               |
|  | Notfallausstattung*   | iO   |
|  | Funktionskontrolle der Medizinprodukte durch die Mitarbeitenden des Bereiches*  | Gebrauchsanweisungen, z.B. BZ-Gerät, O2 -liegen vor.                                     |
|  | 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*   | Verbandsmaterial im Bewohnerzimmer.  |
|  | Kleidung der Mitarbeitenden*  | Wäsche kann im Haus gewaschen werden. Kontaminierte Wäsche wird immer im Haus gewaschen. |
|  | Gesamteindruck Sauberkeit und Hygiene **  | Sehr sauber. Hygienematerialien stehen ausreichend zur Verfügung.                        |

| 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*  | Medikamentenkontrolle 2 x jährlich durch Wohnbereichsleitung und 2 x jährlich durch die Apotheke.                                 |
|   | Entsprechen die gestellten Medikamente denen, die der Arzt angeordnet hat (Abgleich Medikamente / Verordnung)?*  | 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.**  | Sehr helle und freundlich gestaltete Flure, mit Bildern aus Bad Oeynhaus und kleinen mediterranen Halbtischen vor den Apartments. |
|   | Veranstaltungsübersicht**  | 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>Diakonisch-Kirchliche Angebote *</b>   | Leitbilder gut sichtbar und bewohnerorientiert angebracht?*  | k.B.  |
|   | Ausstattung der Bewohnerzimmer / Büros mit Neuem Testament (NT)*   | iO  |
|   | Angebotsübersicht gut sichtbar?*   | iO  |
|   | Bibel / Feiern und Loben / andere Gesangsbücher in allen Wohnbereichen / Einlegeblätter?*  | iO  |
|   | Liste der Pastoren / Pfarrer*  | iO  |
|   | Utensilien zur Gestaltung des Abschieds von verstorbenen Bewohnern ('Aussegnungssets') in allen Wohnbereichen?*  | iO  |
| <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?)*  | iO  |
|   | Interne Kommunikation: Wie können die Mitarbeiter Vorschläge zur Tagesordnung anmelden?  | Tagesordnung wird ausgegangen. Mitarbeiterwünsche können ergänzt werden.  |



| Subkategorie             | Kriterium / Subkriterium  | Kommentar  |
|--------------------------|---|--|
|                          | Interne Kommunikation: Erfolgt eine systematische Überprüfung, inwieweit die vereinbarten Aufgaben umgesetzt und die gesetzten Ziele erreicht werden?   | iO   |
|                          | Interne Kommunikation: Sind die Protokolle zeitnah erstellt und allen Beteiligten zugänglich gemacht?   | iO   |
|                          | Interne Kommunikation: Wie ist die Weiterleitung von Informationen an Mitarbeiter, die nicht an Besprechungen teilgenommen haben, geregelt?   | Einrichtungs- und Wohnbereichsziele hängen aus und werden in der Teamsitzung kommuniziert. |
|                          | An Pflegefachkraft: Wann erfahren Sie von Aufnahmen? Welche Informationen erhalten Sie aus dem Erstgespräch / der prästationären Sprechstunde / vom Überleitungsbogen? Wer legt die Bezugs- / Bereichspflegefachkraft fest? | k.B.   |
|                          | Kennen Sie die Ziele Ihrer Einrichtung? Kennen Sie die Ihrer Abteilung für dieses Jahr? Wissen Sie, wo Sie im Moment stehen?  | k.B.   |
|                          | Dienst- / Tourenplanung - Kap. 4.1.1  | Dienstplan hängt mindestens vier Wochen vor Gültigkeit aus.                                |
|                          | Interne Kommunikation - Kap. 4.1.1  |  |
|                          | Datenschutz - Kap. 4.3 (k113f)  |  |
| <b>Gesamtbewertung**</b> |   | Sehr gut geordneter, strukturierter, sauberer und gut geführter Wohnbereich.               |

**Legende:**

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

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

## 4.2 Begutachtungen von Betreuten

### 4.2.1 Bewohner 1

|   |  |   |  |   |                      |
|---|--|---|--|---|----------------------|
| Datum:  | 14.3.2019  |   |  | Geb. Datum:   |                      |
| Name, Vorname:  |  |   |  | Bereich / Abteilung:  |                      |
| Betreuung:  | Ja.  |   |  | Pflegegrad  | 4                    |
| Derzeitige Situation:   | Benötigt Anleitung bei allen Verrichtungen; das Essen nimmt die Bewohnerin selbstständig zu sich; desorientiert zur Situation, zur Zeit, zum Ort. Allgemeinzustand ist gut - geht selbständig durch den Wohnbereich (Gehstock); Sturzrisiko, Intertrigo unter der Brust- und Bauchfalte; Kontinent - Toilettenstuhl am Bett. |   |  |   |                      |
| Medizinische Diagnosen:   |  |   |  |   |                      |
| <b>Aktueller Zustand / Umfeld:</b>  |  |   |  |   |                      |
| Haare:  | iO   | Ohren:  | iO   | Augen:  | iO                   |
| Lippen:   | iO   | Zähne:  | iO   | Zahnfleisch:  | k.B.                 |
| Zunge:  | iO   | Achseln:  | k.B.   | Ellenbogen:   | iO                   |
| Finger / Fingernägel  | iO   | Schulterblätter:                                  | k.B.   | Brust:  | Leichter Intertrigo. |
| Bauchnabel:   | k.B.   | Hüften:   | k.B.   | Gluteal / Sakral  | k.B.                 |
| Analgegend:   | k.B.   | Leistenbereich:                                   | k.B.   | Intimbereich:   | k.B.                 |
| Fuß/Ferse/Fußnägel:   | iO   | Zehenzwischenräume:                               | k.B.   | Hautzustand:  | k.B.                 |
| Ernährungszustand:  | iO   | PEG/Sondennahrung:                                | t.n.z.   | ggf. Ödeme:   | k.B.                 |
| Wunden:   | t.n.z.   | Orientierung:                                     | Nicht orientiert.                                | Schmerzen:  | k.B.                 |
| DK:   | t.n.z.   | IKM:  | k.B.   |   |                      |
| Atmosphäre:   | iO   | Bett - frisches Bettzeug, Sauberkeit des Bettes   | iO   | Erinnerungsstücke wie Wandschmuck/Bilder/persönliche Fotos oder persönliche Bettwäsche etc. | Persönliche Bilder.  |
| Sauberkeit Zimmer / Nachttische / Hilfsmittel   | Sehr sauber.   | Gerüche:  | Keine.   | Kleidung (Sauberkeit, Frische)  | Persönlich.          |
| Nasszelle / WC:   | k.B.   | Persönliches Mobiliar möglich / Standardmobiliar: | Standard.  |   |                      |
| <b>Zufriedenheit:</b>   |  |   |  |   |                      |
| Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):                            | Keine Befragung möglich.   |   | Essen:   |   |                      |
| Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung): |  |   | Pflegerische Versorgung:                         |   |                      |
| Medizinische Versorgung:  |  |   | Therapeutische Anwendungen:                      |   |                      |
| Sollte etwas verbessert werden?   |  |   | Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner: |   |                      |
| <b>Bewertung:</b>   |  |   |  |   |                      |
| Sollte etwas verbessert werden?   |  |   |  |   |                      |
| Gesamteindruck / Bewertung:   | Die Bewohnerin wird dem Bedarf entsprechend versorgt.  |   | + / -  |   |                      |

### 4.2.2 Bewohner 2

|   |   |   |  |   |                                   |
|---|---|---|--|---|-----------------------------------|
| Datum:  | 14.3.2019   |   | Geb. Datum:                                      |   |                                   |
| Name, Vorname:  |   |   | Bereich / Abteilung:                             |   |                                   |
| Betreuung:  | Generalvollmacht  |   | Pflegegrad                                       | 5   |                                   |
| Derzeitige Situation:   | Seit Februar 2018 in der Einrichtung - demenziell verändert; Anus praeter; muss gezielt angesprochen werden - teilt sich ansonsten nicht mit. Die Körperpflege bis hin zum Essen erfolgt alles nach Anleitung. Ist dabei verlangsamt. Dekubitusrisiko - Nase, Steiß und Fersen. Mobilität: Transfer mittels zweier Pflegenden in den Rollstuhl oder ins Bett. |   |  |   |                                   |
| Medizinische Diagnosen:   |   |   |  |   |                                   |
| <b>Aktueller Zustand / Umfeld:</b>  |   |   |  |   |                                   |
| Haare:  | iO  | Ohren:  | iO   | Augen:  | iO                                |
| Lippen:   | iO  | Zähne:  | k.B.   | Zahnfleisch:  | k.B.                              |
| Zunge:  | iO  | Achseln:  | k.B.   | Ellenbogen:   | iO                                |
| Finger / Fingernägel  | iO  | Schulterblätter:                                  | iO   | Brust:  | k.B.                              |
| Bauchnabel:   | k.B.  | Hüften:   | iO   | Gluteal / Sakral  | iO                                |
| Analgegend:   | k.B.  | Leistenbereich:                                   | k.B.   | Intimbereich:   | k.B.                              |
| Fuß/Ferse/Fußnägel:   | iO  | Zehenzwischenräume:                               | iO   | Hautzustand:  | iO                                |
| Ernährungszustand:  | iO  | PEG/Sondennahrung:                                | k.B.   | ggf. Ödeme:   | k.B.                              |
| Wunden:   | t.n.z.  | Orientierung:                                     | Nicht orientiert.                                | Schmerzen:  | Keine Schmerzáußerung.            |
| DK:   | t.n.z.  | IKM:  | k.B.   |   |                                   |
| Atmosphäre (u.a. Gemütlichkeit, Wohnlichkeit - Gesamteindruck):                         | Wohnlich.   | Bett - frisches Bettzeug, Sauberkeit des Bettes   | k.B.   | Erinnerungsstücke wie Wandschmuck/Bilder/persönliche Fotos oder persönliche Bettwäsche etc. | Persönlich, aber nicht zahlreich. |
| Sauberkeit Zimmer / Nachttische / Hilfsmittel   | Sehr sauber.  | Gerüche:  | k.B.   | Kleidung (Sauberkeit, Frische)  | Sehr gepflegt.                    |
| Nasszelle / WC:   | Auf dem Flur.   | Persönliches Mobiliar möglich / Standardmobiliar: | k.B.   |   |                                   |
| <b>Zufriedenheit:</b>   |   |   |  |   |                                   |
| Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):                            | Keine Befragung möglich.  |   | Essen:   |   |                                   |
| Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung): |   |   | Pflegerische Versorgung:                         |   |                                   |
| Medizinische Versorgung:  |   |   | Therapeutische Anwendungen:                      |   |                                   |
| Sollte etwas verbessert werden?   |   |   | Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner: |   |                                   |
| <b>Bewertung:</b>   |   |   |  |   |                                   |
| Sollte etwas verbessert werden?   |   |   |  |   |                                   |
| Gesamteindruck / Bewertung:   | Der Bewohner wird bedarfsgerecht versorgt.  |   | + / -  |   |                                   |

### 4.2.3 Bewohner 3

|   |   |   |  |   |                       |
|---|---|---|--|---|-----------------------|
| Datum:  | 14.3.2019   |   |  | Geb. Datum:   |                       |
| Name, Vorname:  |   |   |  | Bereich / Abteilung:  |                       |
| Betreuung:  | Angehöriger   |   |  | Pflegegrad  | 3                     |
| Derzeitige Situation:   | Die Bewohnerin ist allen Qualitäten der Orientierung zeitweise ohne Auffälligkeiten - Vergesslichkeit nimmt zu - depressive Störung; liegt dann lange im Bett und grübelt; Mobil und mit dem Rollator in der Einrichtung unterwegs; Angehörige kommen regelmäßig zu Besuch; chronische Schmerzen - BTM wird regelmäßig verabreicht und ist zur Zeit gut eingestellt - Schmerzort wurde dokumentiert; Sturzrisiko vorhanden - ist in der Einrichtung schon gestürzt. |   |  |   |                       |
| Medizinische Diagnosen:   |   |   |  |   |                       |
| <b>Aktueller Zustand / Umfeld:</b>  |   |   |  |   |                       |
| Haare:  | iO  | Ohren:  | k.B.   | Augen:  | k.B.                  |
| Lippen:   | iO  | Zähne:  | k.B.   | Zahnfleisch:  | k.B.                  |
| Zunge:  | k.B.  | Achseln:  | k.B.   | Ellenbogen:   | k.B.                  |
| Finger / Fingernägel  | Nagellack.  | Schulterblätter:                                  | k.B.   | Brust:  | k.B.                  |
| Bauchnabel:   | k.B.  | Hüften:   | k.B.   | Gluteal / Sakral  | k.B.                  |
| Analgegend:   | k.B.  | Leistenbereich:                                   | k.B.   | Intimbereich:   | k.B.                  |
| Fuß/Ferse/Fußnägel:   | k.B.  | Zehenzwischenräume:                               | k.B.   | Hautzustand:  | k.B.                  |
| Ernährungszustand:  | iO  | PEG/Sondennahrung:                                | k.B.   | ggf. Ödeme:   | k.B.                  |
| Wunden:   | t.n.z.  | Orientierung:                                     | k.B.   | Schmerzen:  | k.B.                  |
| DK:   | t.n.z.  | IKM:  | k.B.   |   |                       |
| Atmosphäre:   | Sehr wohnlich.  | Bett - frisches Bettzeug, Sauberkeit des Bettes   | k.B.   | Erinnerungsstücke wie Wandschmuck/Bilder/persönliche Fotos oder persönliche Bettwäsche etc. | Fotos.                |
| Sauberkeit Zimmer / Nachttische / Hilfsmittel   | Sehr sauber.  | Gerüche:  | Keine.   | Kleidung (Sauberkeit, Frische)  | Persönliche Kleidung. |
| Nasszelle / WC:   |   | Persönliches Mobiliar möglich / Standardmobiliar: | Weniges persönliches Mobiliar.                   |   |                       |
| <b>Zufriedenheit:</b>   |   |   |  |   |                       |
| Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):                            | Bingo und Mensch-ärgere-dich nicht -gefallen mir sehr gut.  |   | Essen:   | Das Essen schmeckt gut.   |                       |
| Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung): | Die Andachten sind gut.   |   | Pflegerische Versorgung:                         | Das Personal ist gut.   |                       |
| Medizinische Versorgung:  | Der Arzt im Heim ist gut.   |   | Therapeutische Anwendungen:                      |   |                       |
| Sollte etwas verbessert werden?   | Im Moment kann nichts verbessert werden. Ich würde gerne mal eine Fahrt / einen Ausflug machen.   |   | Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner: | Zugewandt.  |                       |
| <b>Bewertung:</b>   |   |   |  |   |                       |
| Sollte etwas verbessert werden?   |   |   |  |   |                       |
| Gesamteindruck / Bewertung:   | Die Bewohnerin fühlt sich wohl und gut versorgt.  |   | + / -  |   |                       |

### 4.2.4 Bewohner 4

|  |   |  |   |  |                                 |
|--|---|--|---|--|---------------------------------|
| <b>Datum:</b>  | 14.3.2019   |  |   | <b>Geb. Datum:</b>   |                                 |
| <b>Name, Vorname:</b>  |   |  |   | <b>Bereich / Abteilung:</b>  |                                 |
| <b>Betreuung:</b>  | nein  |  |   | <b>Pflegegrad</b>  | 2                               |
| <b>Derzeitige Situation:</b>   | Bewohnerin ist voll orientiert, geht am Rollator innerhalb des Appartements, weitere Strecken bewältigt sie selbstständig mit dem E-Fix Rollstuhl, bekommt regelmäßig Besuch von Angehörigen, geht selbst außer Haus, Unterstützung im Rahmen der Körperpflege durch weibliches Pflegepersonal, Hilfe beim An- und Auskleiden, 1 x wö. Duschen, kennt ihr eigenes Krankheitsbild, geht zum Mittagessen ins Restaurant. Verbandwechsel der Chronischen Wunden. Schmerzen durch die Wunden - reguliert Schmerzmanagement selbst, Pneumonierisiko, sturzgefährdet. |  |   |  |                                 |
| <b>Medizinische Diagnosen:</b>   | Mitralsuffizienz, rezidivierende kardiale Dekompensation, pulmonale Hypertonie, Marcumarpatient, pavK, Diabetes mellitus, Hypertonie, Belastungsdyspnoe, linker Fuß D2 amputiert, Pollenallergie  |  |   |  |                                 |
| <b>Aktueller Zustand / Umfeld:</b>   |   |  |   |  |                                 |
| <b>Haare:</b>  | Friseur im Haus.  | <b>Ohren:</b>  | iO  | <b>Augen:</b>  | iO                              |
| <b>Lippen:</b>   | iO  | <b>Zähne:</b>  | iO  | <b>Zahnfleisch:</b>  | iO                              |
| <b>Zunge:</b>  | k.B.  | <b>Achseln:</b>  | k.B.  | <b>Ellenbogen:</b>   | k.B.                            |
| <b>Finger / Fingernägel</b>  | Macht sie selbst.   | <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>   | Fährt zur Fußpflege.  | <b>Zehenzwischenräume:</b>                               | k.B.  | <b>Hautzustand:</b>  | Durch Cortison sehr dünne Haut. |
| <b>Ernährungszustand:</b>  | iO  | <b>PEG/Sondennahrung:</b>                                | t.n.z.  | <b>ggf. Ödeme:</b>   | k.B.                            |
| <b>Wunden:</b>   | Ja.   | <b>Orientierung:</b>                                     | Ist orientiert.   | <b>Schmerzen:</b>  | Ja.                             |
| <b>DK:</b>   | k.B.  | <b>IKM:</b>  | k.B.  |  |                                 |
| <b>Atmosphäre:</b>   | Sehr wohnlich.  | <b>Bett - frisches Bettzeug, Sauberkeit des Bettes</b>   | Bett wird jede Woche frisch bezogen.                    | <b>Erinnerungsstücke wie Wandschmuck/Bilder/persönliche Fotos oder persönliche Bettwäsche etc.</b>     | Ja.                             |
| <b>Sauberkeit Zimmer / Nachttische / Hilfsmittel</b>   | Zimmer sauber, aber es müssten die Fensterrahmen, Türen häufiger gereinigt werden lt. Bewohnerin.   | <b>Gerüche:</b>  | Keine.  | <b>Kleidung (Sauberkeit, Frische)</b>  | iO                              |
| <b>Nasszelle / WC:</b>   | Sehr sauber.  | <b>Persönliches Mobiliar möglich / Standardmobiliar:</b> | Private Möbel.  |  |                                 |
| <b>Zufriedenheit:</b>  |   |  |   |  |                                 |
| <b>Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):</b>                            | Angebote sind ihr bekannt, z.B. Spielnachmittag, Gedächtnisnachmittag. Nimmt an vielen Angeboten teil. "Leider ist der Singenachmittag weggefallen." Organisiert selbst Spiele mit anderen Bewohnern.   |  | <b>Essen:</b>   | "Manchmal gut, manchmal weniger gut. Aber es besteht die Möglichkeit aus drei Gerichten auszusuchen. " |                                 |
| <b>Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):</b> | Gottesdienst ist mir sehr wichtig. Jedes Wochenende Gottesdienst und 14 tägig Bibelstunde.  |  | <b>Pflegerische Versorgung:</b>                         | Fühlt sich angemessen und sehr gut versorgt.   |                                 |
| <b>Medizinische Versorgung:</b>  | Der Arzt kommt auf Bestellung. Fachärzte werden organisiert.  |  | <b>Therapeutische Anwendungen:</b>                      | Keine.   |                                 |
| <b>Sollte etwas verbessert werden?</b>   | Im Augenblick nicht, aber ich halte meine Augen offen. Kommuniziere Verbesserungen über die Tätigkeit im Heimbeirat.  |  | <b>Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:</b> | Sehr gut.  |                                 |
| <b>Bewertung:</b>  |   |  |   |  |                                 |
| <b>Sollte etwas verbessert werden?</b>   |   |  |   |  |                                 |
| <b>Gesamteindruck / Bewertung:</b>   | Die Pflege entspricht dem Bedarf und den Wünschen der Bewohnerin.   |  | + / -   |  |                                 |

### 4.2.5 Bewohner 5

|   |  |   |   |   |  |
|---|--|---|---|---|--|
| Datum:  | 14.3.2019  |   | Geb. Datum:   |   |  |
| Name, Vorname:  |  |   | Bereich / Abteilung:  |   |  |
| Betreuung:  | Vorsorgevollmacht  |   | Pflegegrad  | 3   |  |
| Derzeitige Situation:   | Situativ nicht orientiert, zeitlich sehr eingeschränkt orientiert; geht am Rollator; geht innerhalb der selbständig Einrichtung spazieren, Medikamentengabe und Kommunikation mit dem Arzt durch Pflegepersonal; abhängig kompensierte Harn- und zeitweise Stuhlinkontinenz, Körperpflege unter Anleitung und b.B. mit Hilfestellung, Ernährungsrisiko, Betreuung durch Diätassistentin. |   |   |   |  |
| Medizinische Diagnosen:   | Rheumatische Arthritis, Alzheimer Demenz, Hypertonie.  |   |   |   |  |
| <b>Aktueller Zustand / Umfeld:</b>  |  |   |   |   |  |
| Haare:  | i.O.   | Ohren:  | i.O.  | Augen:  | i.O.   |
| Lippen:   | i.O.   | Zähne:  | k.B.  | Zahnfleisch:  | k.B.   |
| Zunge:  | i.O.   | Achseln:  | k.B.  | Ellenbogen:   | k.B.   |
| Finger / Fingernägel  | i.O.   | Schulterblätter:                                  | i.O.  | Brust:  | Unter rechter Brust gerötete Stelle.               |
| Bauchnabel:   | i.O.   | Hüften:   | k.B.  | Gluteal / Sakral  | k.B.   |
| Analgegend:   | k.B.   | Leistenbereich:                                   | k.B.  | Intimbereich:   | k.B.   |
| Fuß/Ferse/Fußnägel:   | Heute Fußpflege.   | Zehenzwischenräume:                               | k.B.  | Hautzustand:  | k.B.   |
| Ernährungszustand:  | k.B.   | PEG/Sondennahrung:                                | t.n.z.  | ggf. Ödeme:   | Keine.   |
| Wunden:   | Keine.   | Orientierung:                                     | Eingeschränkt.  | Schmerzen:  | Keine.   |
| DK:   | t.n.z.   | IKM:  | Pants.Piktogramme erleichtern der Bewohnern die Handhabung der IKM. |   |  |
| Atmosphäre (u.a. Gemütlichkeit, Wohnlichkeit - Gesamteindruck):                         | Zimmer zweckmäßig eingerichtet.  | Bett - frisches Bettzeug, Sauberkeit des Bettes   | Frisch bezogen.   | Erinnerungsstücke wie Wandschmuck/Bilder/persönliche Fotos oder persönliche Bettwäsche etc. | Einige, wenige persönliche Gegenstände und Bilder. |
| Sauberkeit Zimmer / Nachttische / Hilfsmittel   | i.O.   | Gerüche:  | Leichter Uringeruch.  | Kleidung (Sauberkeit, Frische)  | Sehr sauber.                                       |
| Nasszelle / WC:   | i.O.   | Persönliches Mobiliar möglich / Standardmobiliar: | Eigene Möbel.   |   |  |
| <b>Zufriedenheit:</b>   |  |   |   |   |  |
| Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):                            | "Bin ich im Moment nicht so dabei." Befragung aufgrund der Demenz nur eingeschränkt möglich.   |   | Essen:  | "Essen ist sehr gut."   |  |
| Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung): | "Ja, nehme ich teil."  |   | Pflegerische Versorgung:  | "Ich werde sehr gut behandelt und sehr gut gepflegt."                                       |  |
| Medizinische Versorgung:  | k.B.   |   | Therapeutische Anwendungen:   | t.n.z.  |  |
| Sollte etwas verbessert werden?   | "Im Moment nicht."   |   | Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:                    |   |  |
| <b>Bewertung:</b>   |  |   |   |   |  |
| Sollte etwas verbessert werden?   |  |   |   |   |  |
| Gesamteindruck / Bewertung:   | Die Bewohnerin äußert Wohlbefinden und wird bedarfsgerecht versorgt.   |   | + / -   |   |  |

### 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 | Ärztliches Verlaufsblatt | Therapeutisches Verlaufsblatt | Befunddokumentation | Vollständigkeit* / Anwendung* | Bewertung der Vollständigkeit und Schriftführung in Schulnoten |
|----|--|-----------------------------|---------------|---|---------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|--------------|------------------------------|---------------------------|--|----------------------|------------------|---|--|--|-------------------|--------------------------|-------------------------------|---------------------|-------------------------------|--|
| 1. | 2  | 2                           | 2             | k.B.  | 2             | 2                                   | k.B.                                  | k.B.                | 2                               | k.B.                            | k.B.                          | 2            | k.B.                         | 2                         | 2  | k.B.                 | 2                | k.B.                                      | k.B.   | 2  | k.B.              | k.B.                     | k.B.                          | t.n.z.              | 2                             | 1,0  |
|    | Seit Mitte 2018 in der Einrichtung; Demenz als Grund zum Einzug; NurseCall mit Zustimmung der Angehörigen (dokumentiert im Fallbesprechungsprotokoll und im Pflegebericht), weil die Bewohnerin eine Hinlauftendenz zeigt; Bewohnerin ist kooperativ, freundlich, zugewandt. Benötigt Anleitung bei allen Aktivitäten. Ist seit Einzug in die Einrichtung stabil bzw. zeigt keine starken und häufigen Veränderungen. Einzelbetreuungen finden im Abstand von einer bis zwei Wochen statt. |                             |               |   |               |                                     |                                       |                     |                                 |                                 |                               |              |                              |                           |  |                      |                  |   |  |  |                   |                          |                               |                     | 1,5                           |  |
| 2. | 2  | 2                           | 2             | k.B.  | 2             | 2                                   | 2                                     | 2                   | 2                               | k.B.                            | k.B.                          | k.B.         | k.B.                         | k.B.                      | k.B.   | k.B.                 | k.B.             | k.B.                                      | k.B.   | 2  | k.B.              | k.B.                     | k.B.                          | t.n.z.              | 2                             | 1,0  |
|    | In der SIS und im Maßnahmenplan sind alle wichtigen pflegerischen Aspekte erwähnt. Zusätzliche Risiken (Obstipation, Pneumonie etc.) werden erwähnt und mit Maßnahmen hinterlegt. Inkontinent - erhält Vorlagen. Beratungen zu den Risiken haben stattgefunden - hier sollte ggf. der Angehörige einbezogen werden. Die Integrationsvisite liegt vor und enthält gute Beobachtungen und Verbesserungspotentiale.   |                             |               |   |               |                                     |                                       |                     |                                 |                                 |                               |              |                              |                           |  |                      |                  |   |  |  |                   |                          |                               |                     | 1,5                           |  |
| 3. | 2  | 2                           | 2             | k.B.  | k.B.          | 2                                   | k.B.                                  | k.B.                | 1                               | k.B.                            | k.B.                          | k.B.         | k.B.                         | k.B.                      | k.B.   | k.B.                 | 2                | k.B.                                      | k.B.   | 2  | k.B.              | k.B.                     | k.B.                          | t.n.z.              | 2                             | 1,5  |
|    | Nimmt gerne an Gottesdiensten teil; Nimmt gerne an den Bingorunden und anderen Gruppenangeboten teil. Teilnahmen an Gruppenangeboten wurde zweimal dokumentiert.   |                             |               |   |               |                                     |                                       |                     |                                 |                                 |                               |              |                              |                           |  |                      |                  |   |  |  |                   |                          |                               |                     | 1,5                           |  |

|    | Stamtblatt   | Anamnese / Biografiearbeit* | Pflegeplanung | Pflegeplanung innerhalb der vorgegebenen Frist erstellt?* | Pflegebericht | Leistungsnachweis / -dokumentation* | Dekubitusrisikokala /-einschätzung* | Lagerungsprotokoll* | Betreuungsplanung und -nachweis | Wundprotokoll / -dokumentation* | Ernährungs- / Trinkprotokoll* | Sturzrisiko* | Förderung der Harnkontinenz* | Vitalzeichenkontrollblatt | Ärztliches Verordnungsblatt / Visitenprotokoll | Schmerzdokumentation | Medikamentenplan | Therapiedokumentation / Aktivierungsbogen | Seelsorge (Durchführungsnachweis / Dokumentation)* | Spirituelle Bedürfnisse des BW / Pat. dokumentiert (Anamnese)* | Überleitungsbogen | Ärztliches Verlaufsblatt | Therapeutisches Verlaufsblatt | Befunddokumentation | Vollständigkeit* / Anwendung* | Bewertung der Vollständigkeit und Schriftführung in Schulnoten |
|----|--|-----------------------------|---------------|---|---------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|--------------|------------------------------|---------------------------|--|----------------------|------------------|---|--|--|-------------------|--------------------------|-------------------------------|---------------------|-------------------------------|--|
| 4. | 2  | 1                           | 2             | k.B.  | 1             | 1                                   | k.B.                                | t.n.z.              | 1                               | 2                               | t.n.z.                        | 2            | t.n.z.                       | 2                         | 2  | 2                    | 2                | k.B.                                      | 1  | k.B.   | k.B.              | k.B.                     | k.B.                          | t.n.z.              | 1                             | 1,7  |
|    | <p>Sehr gute knappe SIS-Struktur, Zitate sind vorhanden. Risiken finden sich fast vollständig in den Themenfeldern wieder, nur das Schmerzrisiko findet sich hier nicht abgebildet. H: Das Schmerzrisiko muss sich in dem entsprechendem Themenfeld der SIS wiederfinden.<br/>                     Beratungen sind 2017 erfolgt. E: Es sollte zu aktuellen Themen eine erneute Beratung erfolgen (z.B. Wunden , Sturz Januar 2019). Duschen wird aktuell ausgesetzt aufgrund einer Wunde am Unterschenkel. Aus dem Pflegebericht geht dies nicht hervor. H: Abweichungen vom Maßnahmenplan müssen sich im Pflegebericht wiederfinden (Duschen).<br/>                     Die SIS wurde nicht nach Krankenhausaufenthalt angepasst (Zeh-Amputation) H: SIS Anpassung nach Krankenhausaufenthalt muss erfolgen.<br/>                     Im Maßnahmenplan sind Gruppenangebote aufgeführt, die nicht mehr stattfinden. E: Aktualisierung der Maßnahmenplanung hinsichtlich der Gruppenangebote (Hier Singen).<br/>                     Sturz 2.1.2019 als Verletzung ist eine Beule am Hinterkopf vermerkt - RR Kontrolle unmittelbar nach Sturz ist erfolgt. Keine folgende Kontrollen. Zwei Tage später Wohlbefindensangabe nach Sturz. H: Nach einem Sturz, insbesondere mit Kopfverletzung, muss eine engmaschige Kontrolle erfolgen.<br/>                     Leistungsnachweise müssen nachvollziehbar sein, hier fehlt für die Wundversorgung 9./10.3. 2019 der Nachweis der durchführenden PFK. H: Kontaktaufnahme RZV, zur Klärung des Sachverhaltes.</p> |                             |               |   |               |                                     |                                     |                     |                                 |                                 |                               |              |                              |                           |  |                      |                  |   |  |  |                   |                          |                               |                     | 1,0                           |  |
| 5. | 1  | 2                           | 2             | k.B.  | 2             | 2                                   | k.B.                                | k.B.                | 1                               | t.n.z.                          | 2                             | t.n.z.       | t.n.z.                       | 2                         | 2  | t.n.z.               | 2                | t.n.z.                                    | 2  | t.n.z.   | k.B.              | 2                        | k.B.                          | t.n.z.              | 1                             | 1,3  |
|    | <p>Aus den Stammdaten geht nicht der Betreuer hervor. Die Vollmacht liegt der Einrichtung nicht vor. H: Vollmacht muss der Einrichtung vorliegen. In den Stammdaten muss der Betreuer eingetragen werden.<br/>                     Gemeinsame Aktivität mit dem Ehemann ist in der Maßnahmenplanung aufgeführt, dieser ist vor einigen Wochen jedoch verstorben. H: Die Maßnahmenplanung aktualisieren bzgl. Ehemann.<br/>                     Die Teilnahme und Wirkung von Betreuungsmaßnahmen wurde seit Anfang Februar 3 x dokumentiert (aktuell 7.2. 20.2. und 13.3.2019). E: Betreuungsassistenten sollten bei demenzerkrankten Bewohnern häufiger die Teilnahme bzw. Wirkung von Betreuungsangeboten festhalten .<br/>                     Die Bewohnerin ist bereits in der Einrichtung gestürzt, zuletzt 2017, aktuell liegt laut Einschätzung der Fachkraft kein Sturzrisiko vor.</p>  |                             |               |   |               |                                     |                                     |                     |                                 |                                 |                               |              |                              |                           |  |                      |                  |   |  |  |                   |                          |                               |                     | 1,0                           |  |



## 5 Zusammenfassung

Die Interne Revision fand über zwei Tage und in einer konstruktiven und angenehmen Atmosphäre statt. Alle Gesprächspartner waren sehr gut auskunftsfähig und trugen durch ihr Engagement und hohe fachliche Kompetenz zum sehr guten Endergebnis bei. Seit Mai vergangenen Jahres ist die Stelle der Qualitätsbeauftragten neu besetzt. Eine sehr gut strukturierte und auskunftsfähige Begleitung war in allen Prozessen gegeben.

Im Seniorenzentrum Bethel Bad Oeynhausen finden aktuell umfangreiche Baumaßnahmen statt. Ein fünfstöckiger Neubau mit 35 Zimmern entsteht angrenzend an den Altbau und wird bis Sommer 2019 fertiggestellt. Der Umzug der Bewohner aus dem Altbau in den Neubau wird im Sommer erfolgen. Anschließend findet die Sanierung des Altbaus statt. Neben der Baubegleitung ist von der Einrichtung die Umzugsorganisation logistisch zu bewältigen. Die Planungen hierzu laufen bereits. Für Ende 2020 wird mit der kompletten Fertigstellung gerechnet. Der Grund für die Baumaßnahmen liegt in den gesetzlichen Vorgaben, aufgrund dessen müssen zukünftig 80 Prozent Einzelzimmer vorgehalten werden. Diese Vorgabe wird das Seniorenzentrum nach Abschluss der Baumaßnahmen mit 92 Prozent Einzelzimmerquote überbieten.

Aufgrund der gegenwärtigen Umbaumaßnahmen wird die Benotung im Bereich „Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung“ im Rahmen der diesjährigen Internen Revision ausgesetzt. Zur Wohnlichkeit kann festgehalten werden, dass alle Wohnbereiche mit ihren Gemeinschaftsräumen und Fluren sowie der Eingangsbereich und der Speiseraum sehr ansprechend, farblich freundlich und ideenreich gestaltet sind. Die Aquarien in den Fluren sind weiterhin ein attraktiver Blickfang und tragen durch die beruhigende Wirkung zum Wohlbefinden bei.

Alle Wohnbereiche präsentierten sich sehr gut strukturiert, aufgeräumt und sauber. Die Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Reinigung wird als gut bewertet, eventuelle Verbesserungspotentiale werden zeitnah durch die Bereichsleitungen angesprochen. Desinfektionsmittelspender sind zahlreich aufgestellt und viruzides Händedesinfektionsmittel ist ganzjährig im Einsatz. In den letzten zwei Jahren gab es im Seniorenzentrum keinen Norovirus-Ausbruch (**siehe Kapitel 3.2.4 und 4.1**).

Zahlreiche Verfahrensanweisungen (VA) im Qualitätsmanagementhandbuch sind strukturiert aufgebaut und aussagekräftig, wie beispielsweise K 1.3 VA Aufnahme, F 2.1 VA Stellenplan

und F 3.4 VA Beschwerdemanagement. Jedoch folgen nicht alle Verfahrensanweisungen diesem klaren Aufbau, so werden zum Beispiel in dem Themenfeld „Grundsätzlich“ häufig Prozesse beschrieben (z.B. K 1.6 VA Mitwirkung bei ärztlicher Diagnostik und Therapie, F 2.3.1 VA Dienstplan). Dies erschwert dem Leser das Erfassen des Gesamtprozesses. Die Benennung der Verfahren sollte sich immer am Bundesrahmenhandbuch Diakonie-Siegel Pflege orientieren (z.B. K 1.7 Umgang mit Medikamenten und Betäubungsmitteln (BTM), F 2.2 Personalakquise, Beginn und Beendigung des Arbeitsverhältnisses). Die Verknüpfung der mitgeltenden Dokumente oder weiterführenden Prozesse durch Hyperlinks gestaltet das Handbuch sehr anwenderfreundlich.

Das Vorgehen nach einem Sturz, hier explizit die Dauer der Vitalzeichenkontrolle nach einem Sturz, muss in der Einrichtung festgelegt werden (**siehe Kapitel 3.3.1**).

In der Verfahrensanweisung zum Pflegeprozess (K 1.4.1) findet sich die Umsetzung der Entbürokratisierten Pflegedokumentation in der Einrichtung. Die Verfahrensanweisung muss in einigen Punkten ergänzt werden, so sollten beispielsweise in der Regelung nicht nur in Form der Leitfragen und Leitgedanken ausgeführt sondern auch korrekt benannt werden. Darüber hinaus müssen die Ableitungen der Feststellungen in den tagesstrukturierenden Maßnahmenplan (TSM) sowie die Evaluation einzelner Phänomene in der Strukturierten Informationssammlung (SIS) und im TSM beschrieben werden.

Die Mitarbeiter setzen die SIS, trotz der erst kurzen Einführungszeit, bereits sehr gut um. Die Darstellungen sind kurz und knapp gehalten und integrieren die biografischen Daten. Hinsichtlich der Anwendung der Evaluationsfunktion einzelner Maßnahmen und der Darstellung einer chronologischen Reihenfolge im tagesstrukturierenden Maßnahmenplan muss die Einrichtung mit dem Softwareanbieter Kontakt aufnehmen (**siehe Kapitel 3.3.1**).

Die Abbildung der Betreuungsleistung in der tagesstrukturierenden Maßnahmenplanung und insbesondere Durchführung und Beobachtung muss hier noch vertieft werden. Das ist der Einrichtung bereits bewusst und Schulungen von den Betreuungskräften sind zeitnah vorgesehen. Das Angebot von Einzelbetreuung immobiler oder anderweitig eingeschränkter Bewohner findet aktuell individuell, meist drei- bis viermal wöchentlich, jedoch nicht täglich geplant statt. An dieser Stelle sollte die Einrichtung prüfen das Angebot der Einzelbetreuungen auszubauen (**siehe Kapitel 3.3.2 und 4.3**).

Beratungen zu Risiken finden statt. In Bezug auf die Beratung von Betreuten mit kognitiven Einschränkungen sollte geprüft werden, Angehörige mit einzubeziehen **(siehe Kapitel 4.3)**.

Die Übergaben auf den Wohnbereichen finden berufsgruppenübergreifend statt, anhand einer papiergestützten Checkliste werden die übergaberelevanten Informationen ausgetauscht. Hier könnte geprüft werden, die Übergabe anhand der M-KIS Funktion „Übergaberelevante Informationen“ durchzuführen und perspektivisch auf die papiergestützte Übergabe zu verzichten.

Ein Schwerpunktthema der Internen Revisionen ist in diesem Jahr unter anderem die Darstellung und Umsetzung des risikobasierten Ansatzes. Mit der Umsetzung des Risikomanagements wurde im vergangenen Jahr in der Einrichtung begonnen, es liegt eine Risikomatrix bereichsbezogen (z.B. SZOE allgemein, Küche, Wohnbereiche) vor. Die Risiken werden durch eine Bewertungsmatrix herauskristallisiert. Hier könnte die Einrichtung durch eine differenzierte Einteilung von der Eintrittswahrscheinlichkeit und dem Schadenausmaß zukünftig noch präziser steuern **(siehe Kapitel 3.2.1)**. Wirksamkeitskontrollen sollten im gesamten Qualitätsprozess stärker angewendet werden, beispielsweise durch fokussierte Visiten **(siehe Kapitel 3.3.1)**.

Ein weiteres Schwerpunktthema dieses Jahres ist die Stärkung der Fachlichkeit. Zur Einführung des E-Learning, der Wissensselbsttest und der Registrierung beruflich Pflegender liegen Planungen vor, eine Umsetzung ist für 2020 geplant. Von einer gut strukturierte Fortbildungsplanung und Teilnehmerübersicht konnten sich die Auditoren vor Ort überzeugen **(siehe Kapitel 3.2.2)**.

Pflegevisiten finden vollumfänglich statt. Die Protokolle sind individuell angepasst und werden zeitnah ausgewertet, so dass Stärken und Schwächen sichtbar und die Ergebnisse durch jede Leitungskraft einsehbar sind. Wohnbereichsbezogen werden Maßnahmen zur Verbesserung geplant und umgesetzt. Darüber hinaus werden die Ergebnisse im Rahmen der Leitungssitzungen vierteljährlich besprochen **(siehe Kapitel 3.3.1)**.

Die Auditoren konnten sich vor Ort von der sehr guten Qualität der geleisteten pflegerischen Arbeit überzeugen. Alle befragten Bewohner äußerten sich zufrieden und wiesen im Rahmen der Begutachtungen eine sehr gute pflegerische Versorgung auf **(siehe Kapitel 4.2)**.

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) |     |     |
|-------|---------------------|--|-----|------|------------------------------|-----|----|------------------------|----|-----|---|----|-----|--|----|----|---------------------------------|-----|-----|--|-----|-----|
|       |                     | 17   | 18  | 19   | 17                           | 18  | 19 | 17                     | 18 | 19  | 17  | 18 | 19  | 17   | 18 | 19 | 17                              | 18  | 19  | 17   | 18  | 19  |
| SZOE  | 12.-13.3.2019       | 1 -  | 1 - | k.B. | 1 -                          | 1 - | 1  | 1                      | 1  | 1-2 | 1   | 1  | 1-2 | 1  | 1  | 1  | 1 -                             | 1 - | 1 - | 1,0  | 1,0 | 1,2 |

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

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

Berlin, 02.05.2019

Andreas Dietel, Henrike Zander

## Anhang 1

### Revisionsplan: Interne Revision in Medizin und Pflege, Seniorenzentrum Bethel Bad Oeynhausen (SZOE), 13. – 14.03.2019

|                            |   |
|----------------------------|---|
| <p><b>Allgemeines:</b></p> | <p><b>Auditoren:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Herr Dietel, SMG</li> <li>- Frau Zander, 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><br/> <b>Auswahl der Stichprobe</b> aus der Gesamtanzahl der Betreuten (→ <b>Einverständniserklärungen</b>)</p> <p><b>9.05 – 9.30 Uhr</b><br/> <b>Managementbewertung / Vorbereitung neue QPR – Qualitätsindikatoren</b><br/> <b>Unterlagen: aktuelle Managementbewertung 2018</b><br/> <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 und Frau Zander.</p> <p><b>9.35 – 11.15 Uhr</b><br/> <b>Schwerpunktthema Risikobasierter Ansatz<sup>4</sup> – Risikobewertung/-ranking, Audits</b><br/> <b>Unterlagen / Medien:</b> Risikomatrizes, Auditergebnisse, Gefährdungsbeurteilung, Begehungsprotokolle – Protokolle im Intranet / papiergestützt, Maßnahmenpläne, Leitungsbesprechungsprotokolle, Teambesprechungsprotokolle, etc.<br/> <b>Schwerpunkte:</b> Audits beispielsweise im Bereich Arbeitsschutz, Brandschutz, Datenschutz und Hygiene (Anzahl, Ergebnisse), sicherheitstechnische / messtechnische Kontrollen, Gefährdungsbeurteilungen, Pflegevisiten (Soll/Ist, einrichtungsspezifische Protokolle<sup>1</sup>, Ergebnisse), Transparenz zum Risikomanagement innerhalb des Unternehmens, Ideenmanagement, Fehler- und Beschwerdemanagement<br/> <b>Beteiligte:</b> HG, PDL, QB, Brandschutzbeauftragte / Sicherheitsbeauftragte, Hygienebeauftragte, Auditoren / Visitierende, Datenschutzbeauftragte.</p> |

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

**11.15 – 11.30 Uhr**  
**Auditorenzeit**

**11.30 – 12.30 Uhr**

**Weitere Schwerpunktthemen 2019**

**Schwerpunkte:** **Fachlichkeit der Mitarbeitenden<sup>5</sup>, Fachkraftquote, Personalfluktuation, Wissenssicherung<sup>1</sup>**, Fort- und Weiterbildungsmanagement, E-Learning<sup>1</sup>, Wissensselbsttests<sup>1</sup>, Ausbildung (Anzahl der Auszubildenden, Sonderzeiten für Praxisanleiter/-innen, Vorbereitung auf die Generalistik, Netzwerk), Registrierung beruflich Pflegenden<sup>1</sup> – Zertifizierung des internen Fortbildungsprogrammes, Einarbeitung neuer Mitarbeitender, Mitarbeitergespräche (Stand Vorjahr/aktuell)

**Unterlagen / Medien:** QM-Handbuch im Intranet, Kennzahlen, Fortbildungsplan, Übersicht Fortbildungsteilnahme, Einarbeitungsprotokolle etc.

**Beteiligte:** HG, PDL, QB, Fortbildungsbeauftragter, Praxisanleiter sowie ggf. weitere Gesprächspartner.

**12.30 – 12.45 Uhr**  
**Auditorenzeit**

**12.45 – 13.30 Uhr Mittagspause**

**13.30 – 14.25 Uhr**

**Ausgewählte Prozessschritte, Begehung vor Ort: Sozialdienst, Betreuung, ggf. Technik**

**Unterlagen / Medien:** Intranet und Vor-Ort-Arbeitsplätze

**Schwerpunkte:** Von der Aufnahme bis zur Entlassung – Betreuungsassistenten, Heimleitung / Sozialdienst (Erstkontakte, Erstgespräche, Angehörigengespräche, Begleitung und Organisation freiwillig Engagierter), Zusammenarbeit mit Hospizen, Vertragsgestaltung

**Beteiligte:** HG, PDL, QB, SozD, Betreuungsassistenten und ggf. weitere Mitarbeitende.

**14.35 – 15.25 Uhr**

**Pflegedokumentation / Standards / Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation<sup>1</sup> - Umsetzung der SIS**

**Unterlagen / Medien:** MCC, Intranet / papiergestützte bzw. elektronische Dokumentation, Pflegestandards / Nationale Expertenstandards

**Schwerpunkte: Umsetzung SIS - Anwendungsbeispiele SIS, tagesstrukturierter Maßnahmenplan, Immer-so-Beweis, Evaluationen etc.; Anwendung M-KIS/Medifox<sup>1</sup>,**

**Beteiligte:** HG, PDL, QB, und weitere Mitarbeitende.

**15.30 – 16.25 Uhr**

**Begehung Wohnbereiche - Dokumentation**

**Schwerpunkte:** 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); Verknüpfung: Risikoerhebung-SIS-tagesstrukturierter Maßnahmenplan

**Beteiligte:** Ergibt sich nach Bedarf.

**16.30 – 16.45 Uhr**

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

<sup>1</sup> Vgl. Qualitätsmanagementbericht des GwB in der aktuellen Form

---

|               |  |
|---------------|--|
|               | <b>16.50 – 17.00 Uhr</b><br><b>Zwischenergebnis Tag 1</b>  |
| <b>2. Tag</b> | <b>Inaugenscheinnahme ausgewählter Betreuer / Dokumentationsvisite / Nachweisdokumente / Begehungen</b>  |
|               | <b>9.00 – 9.15 Uhr</b><br><b>Klärung von Fragen / Ausblick auf den Tag</b><br><b>Beteiligte: HG / GF / PDL / ggf. stv. PDL / QMB.</b>  |
|               | <b>9.20 – 12.00 Uhr</b><br><b>Besuch und Inaugenscheinnahme ausgewählter Betreuer (→ Einverständniserklärung)</b>  |
|               | <b>12.05 – 12.25 Uhr</b><br><b>Auditorenzeit: Abstimmung / Durchsicht von Nachweisen usw.</b>  |
|               | <b>12.30 – 13.15 Uhr Mittagspause</b>  |
|               | <b>13.20 – 15.20 Uhr</b><br><b>Begehung ausgewählter Abteilungen und Wohnbereiche, Teilnahme an einer Übergabe</b>   |
|               | <b>15.30 – 16.15 Uhr</b><br><b>Auditorenzeit: Abstimmung / Durchsicht von Nachweisen, des Maßnahmenplans mit stichprobenartiger Kontrolle der Umsetzungen der Empfehlungen / Hinweise des letzten Revisionsberichtes / des Zertifizierungsberichtes.</b> |
|               | <b>16.20 – 16.30 Uhr</b><br><b>Abschlussbesprechung mit allen Teilnehmenden und Interessierten / Rückmeldung an die Auditoren</b>  |

---

A. Dietel  
Geschäftsführer Produkte