

Scheve Management
Geschäftsbereich Produkte

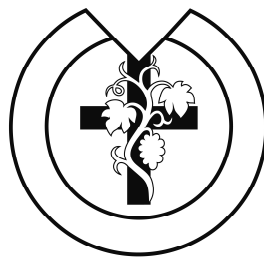
Seniorenzentrum Bethel Wiehl:

**Interne Revision in Medizin und Pflege
vom 11.04.-12.04.2018**

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

Bericht im Auftrag des Gesellschafters

Auditorengruppe:
Andreas Dietel, Henrike Zander



NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Inhalt

1	EINLEITUNG.....	1
1.1	METHODIK DER INTERNEN REVISION IN MEDIZIN UND PFLEGE DES DIAKONIEWERKES BETHEL	1
1.1.1	<i>Die Interne Revision in Medizin und Pflege als Instrument der Qualitätssicherung und -entwicklung.....</i>	1
1.1.2	<i>Der nächste Schritt: die Überprüfung der Qualitätsmanagementsysteme durch externe Gutachter und die Zertifizierung der Einrichtungen</i>	2
1.1.3	<i>Ausblick.....</i>	2
1.2	KRITERIENAUSWAHL	3
2	ALLGEMEINE ANGABEN ZUR EINRICHTUNG.....	5
3	PRÜFKATALOG DIAKONIE-SIEGEL PFLEGE, VERSION 3.....	8
3.1	MAßNAHMENPLAN.....	8
3.2	FÜHRUNGSPROZESSE	8
3.2.1	<i>Führung, Politik und Strategie.....</i>	8
3.2.2	<i>Personal.....</i>	8
3.2.3	<i>Qualitätsmanagementsystem.....</i>	12
3.2.4	<i>Sicherheit.....</i>	13
3.3	KERNPROZESSE	17
3.3.1	<i>Pflege.....</i>	17
3.3.2	<i>Hauswirtschaft.....</i>	20
4	BEGUTACHTUNGEN	22
4.1	BEGUTACHTUNGEN VON WOHNBEREICHEN	22
4.1.1	<i>Haus Tabea, Etage 2-5.....</i>	22
4.1.2	<i>Haus Bethlehem, Etage 4-6.....</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
4.2.6	<i>Bewohner 6</i>	33
4.3	ÜBERPRÜFUNG DER DOKUMENTATION.....	34
5	ZUSAMMENFASSUNG	36
	ANHANG 1	39

Abkürzungsverzeichnis

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

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

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

1 Einleitung

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

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

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

Anlassbezogen nehmen die Revisionen 1 – 3 Tage in Anspruch. Sie werden durch drei Auditoren des Gesellschafters durchgeführt. Die Revisionen beinhalten die Begehung der Einrichtung, die Visitation von Bewohnerinnen und Bewohnern und Patientinnen und Patienten, die Begutachtung der Bewohner-/Patientenakte¹ sowie des Qualitätsmanagementhandbuchs und seiner Regelungen. Die Ergebnisse werden abschließend von den Auditoren vorgestellt und anschließend in Form des vorliegenden Berichtes an die Führungskräfte der Einrichtungen versandt.

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

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

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

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

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

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

1.1.3 Ausblick

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

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

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

1.2 Kriterienauswahl

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

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

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

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

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

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

Im folgenden Kapitel werden die Strukturdaten der Einrichtungen dargestellt.

2 Allgemeine Angaben zur Einrichtung

Datum der Prüfung	von: 11.04.2018	bis: 12.04.2018
Uhrzeit / Thema der Revisionstage		
1. Tag:	von: 09.00	bis: 17.00 Uhr
2. Tag:	von: 09.00	bis: 17.00 Uhr
Anwesende Personen:		
Prüfer / Gutachter:		
1. Herr Dietel, GFP SMG		
2. Frau Zander, SBP SMG		
Gesprächspartner der Einrichtung:		
1. Herr Knollmann, HG		
2. Herr Thürigen, QMB. stellv. PDL		
3. Frau Marsic, QMB		
4. Frau Wirths, HWL. Hygienebeauftragte		
5. Frau Erdmann, WBL. HB2; Soziale Betreuung		
6. Frau Klein, WBL. HB 3 - 6		
7. Frau Häner, WBL. HT		
8. Herr Tucanov, Haustechnik		
Wann wurde die Einrichtung zuletzt von anderen Qualitätsprüfungsinstitutionen besucht		
Heimaufsicht 14.02.17, Gesundheitsamt 01.03.17		
MDK 10.04.17		
Name und Träger der Einrichtung sowie verantwortliche Personen mit Angabe der Qualifikationen:		
Name der Einrichtung:	Seniorenzentrum Bethel Wiehl	
Gesellschafter:	Diakoniewerk Bethel gemeinnützige GmbH	
HG:	Joachim Knollmann	
PDL / Geschäftsführerin:	Sarah Daniels	
Stv. PDL:	Uwe Thürigen	
QMB:		

Seit wann besteht die Einrichtung?

1964

Welche Zusatzleistungen / Spezialisierungen werden von der Einrichtung angeboten?

keine

Art der Einrichtung und Versorgungssituation

Bettenanzahl: 117

Aktuelle Belegung: 101

Auslastung in %: 86,32%

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

		Monat Februar
a.	Wachkoma	0
b.	Beatmungspflicht	0
d.	Dekubitus	6
c.	Blasenkatheter	5
e.	PEG-Sonde	1
f.	Fixierung	3
g.	Kontraktur	19
h.	Vollständige Immobilität	4
i.	Tracheostoma	0
j.	MRSA	3
k.	Diabetes Mellitus	18

Folgende Ausstattung ist vorhanden (ja/nein):

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

Zusammensetzung Pflegepersonal

Qualifikationen	Vollzeit		Teilzeit		Gesamt-	Geringf. Beschäftigte	
	Anzahl MA	Stunden	Anzahl MA	Stunden		Anzahl MA	Stunden
Krankenschwestern	1,00	40,00	3,27	48,98	88,98	0,00	
Altenpfleger/-innen	4,00	160,00	10,00	150,06	310,06	0,24	
Pflegehilfskräfte ohne	0,00	0,00	1,54	23,12	23,12		
Pflegehilfskräfte mit	2,00	80,00	14,60	219,05	299,05	0,26	
Auszubildende	2,29	91,52		0,00	91,52		
Gesamt:	9,29	371,52	29,41	441,20	812,72	0,50	0,00

3 Prüfkatalog Diakonie-Siegel Pflege, Version 3²

3.1 Maßnahmenplan

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

3.2 Führungsprozesse

3.2.1 Führung, Politik und Strategie

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 1.5 Managementbewertung 2017	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die Einrichtung versucht, ausreichend qualifizierte Fachkräfte für spezielle Themen - hier bspw. Praxisanleiter, Palliativ-Care-Fachkräfte - auszubilden und zu halten. Die Fachkraftquote kann zurzeit nur knapp erfüllt werden. Um die Quote erfüllen zu können bildet die Einrichtung intensiv Fachkräfte aus (zurzeit 14 Auszubildende).	

3.2.2 Personal

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.2 Personalakquise, Beginn und Beendigung des Arbeitsverhältnisses (3); F 2.2.1 VA Risikovermeidung - Fehlende Qualifikation bei Mitarbeitern (1); F 2.2 FM 01 Checkliste Einstellung von neuen Mitarbeitern (2); F 2.2 FM02 Stellungnahme der MAV (1); F 2.2 FM03 Personalfragebogen (1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Ein Fluktuationsgespräch wird durchgeführt und die Ursachen der Fluktuation ausgewertet (F 2.9 FM02 Fluktuationsgesprächsprotokoll).	

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

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.3 Personaleinsatzplanung (5); F 2.3.1 VA Urlaubsplanung und Abwesenheitszeiten (3)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Der Einsatz von Praktikanten, Auszubildenden, Bundesfreiwilligendienst ist nicht beschrieben.	H: Die Regelung muss alle Kriterien aufgreifen.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.4 Interne Kommunikation (3); F 2.4 FM 01 Besprechungsmatrix (4)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Eine sehr übersichtliche Besprechungsmatrix liegt vor.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.6 Einarbeitung neuer Mitarbeiter (4), F 2.6 FM01 Laufzettel (2), F 2.6 FM 02 Inhalt Einarbeitungsmappe neuer Mitarbeiter, F 2.6 FM 03 Mitarbeiter ABC (3), F 2.6 FM 11 Checkliste Einarbeitung neuer ex. Mitarbeiter (3), F 2.6 FM 15 Beurteilungsbogen nach Probezeit (3)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Alle Mitarbeitenden werden einmal jährlich visitiert. F: Die Fluktuation der Mitarbeitenden ist nicht hoch. Austrittsgespräche werden seitens der Leitenden geführt (Gründe: Wohnungswechsel).	
F: Sehr strukturierte und detaillierte Regelung. Sehr gut gelungene und ansprechend gestaltetes „Mitarbeiter ABC“ zur ersten Orientierung.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
DSP: F 2.7 Ausbildung 3	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die Einrichtung beschäftigt zurzeit drei aktive Praxisanleiterinnen und 14 Auszubildende.	
F: Die befragte Auszubildende organisiert ihre Ausbildung - berufspolitische Themen werden während der Ausbildung teilweise behandelt. Pflegefachliche Themen (Expertenstandards, Pflegeplanung, Strukturierte Informationssammlung etc.) werden gelehrt und sind Teil des Curriculums.	
F: Die Praxisanleitung hat Bürotage, die sie auch für die Anleitung nutzen kann. Anleitungszeiten werden nicht im Voraus im Dienstplan vermerkt, sondern am Morgen besprochen, wann es zeitlich möglich ist. F: Praxisanleiterin aktualisiert ihr Fachwissen durch Internet, Fachliteratur. F: Kontakt zur Schule besteht, es gibt beispielsweise Praxisanleiterschulungen zum Ausbildungsstart.	E: Praxisanleitungszeiten sollten im Voraus im Dienstplan geplant / berücksichtigt werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.8 Fort- und Weiterbildung (4), F 2.8 FM 01 Fortbildungsplan 2018 (Stand 16.03.2018 Pflege), F 2.8 FM 03 Jahresplanung Lesekonzept QMH 2018, F 2.8 FM 05 Fortbildungsbewertung (5), F 2.8 FM02 Liste Fachliteratur/Fachzeitschriften/Ausgeliehene Bücher (5)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Grundlage des Fortbildungsplans sind gesetzliche Anforderungen / Rahmenbedingungen, Befragungen der Abteilungen / Mitarbeitende im Rahmen von Teambesprechungen und aktuelle Anlässe. F: Die Wirksamkeit von Maßnahmen - hier: Pflegevisiten - wird überprüft. F: Die Teilnahme an Pflichtfortbildungen wird nachgehalten. Mitarbeitende, die nicht an bestimmten Fortbildungen teilnehmen, müssen nachgeschult werden - hierfür ist die Wohnbereichsleitung verantwortlich. F: Fortbildungsthemen werden in der Wissensdatenbank hinterlegt, damit die Teilnehmenden nochmals nachschlagen können. N: Übersicht der Teilnahme: Fortbildungen Mitarbeitende SZWI 2017 - Jährliche Unterweisungen N: Fortbildungsplan 2018	
F: Das aktuelle Fortbildungsprogramm ist nicht zertifiziert - es können keine Punkte für die "Registrierung beruflich Pflegenden" erworben werden.	H: Die Zertifizierung des Programms muss erfolgen, die Registrierung beruflich Pflegenden sukzessive umgesetzt werden.
F: Die Fortbildungsbeauftragte verfügt über ein jährliches Budget.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.9 Mitarbeitergespräche (3); F 2.9 FM 01 Protokoll Mitarbeiterinnengespräche (1); F 2.9 FM 02 Fluktuationsgesprächsprotokoll (1), F 2.9 FM 03 Zielvereinbarungsprotokoll (1),	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
<p>F: Die Regelung bildet verschiedene Gesprächsarten ab, z.B. Eingliederungsgespräch, Kritikgespräch, Abschiedsgespräch, Mitarbeitergespräch mit Zielvereinbarungen.</p> <p>F: In der Regelung ist festgehalten, dass der MA "frühzeitig" informiert wird, ein eindeutiger Zeitrahmen ist nicht hinterlegt.</p> <p>F: Lt. Regelung orientieren sich die Zielvereinbarungen an: "...den Leitbildern, dem Pflegemodell und den Konzepten (Pflege, Hauswirtschaft, BT)."</p>	<p>E: Terminvorgaben sollten präzisiert werden.</p> <p>E: Dass sich die Zielvereinbarungen auch an den Qualitätszielen orientieren, sollte in der Regelung aufgenommen werden.</p>
<p>F: Mitarbeitendengespräche werden in den ersten beiden Quartalen geführt, um ggf. Qualitätsziele mit einzubinden. Im Folgejahr soll es in dem ersten Quartal erfolgen.</p> <p>F: Lob und Anerkennung wird erfasst und mit den Mitarbeitern kommuniziert.</p>	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.11 Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) und Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) (1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Zurzeit findet auf einem Bereich eine Supervision statt, in die sich die Mitarbeitenden auch intensiv einbringen.	
F: Die Regelung geht nicht sehr intensiv auf die Möglichkeiten ein (Befähigung der Mitarbeitenden zu einem eigenverantwortlichem und gesundheitsbewussten Verhalten), die die Einrichtung praktiziert.	E: Die Maßnahmen, die die Einrichtung umsetzt, sollten in der Regelung beschrieben werden.
F: Das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) wird kurz beschrieben. Aus der Regelung geht der Ablauf nicht eindeutig hervor. Es fehlen beispielsweise Angaben zur Freiwilligkeit des BEM, Einladungsversandt, Aufbewahrung Protokolle, Perspektiven und Lösungsansätze für den Mitarbeitenden, BEM-Team, Datenschutz etc.	E: Das BEM sollte eindeutiger und handlungsleitender wiedergegeben werden.
F: Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM): BGM-Team (Mitarbeiter aus allen Arbeitsbereichen sind eingebunden) trifft sich 4 x jährlich, die AOK ist eingebunden gewesen, werden zurzeit nur bei Bedarf hinzugezogen.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.12 Begleitung freiwillig Engagierter (5), F 2.12 FM 01 Fragebogen freiwillig Engagierter (2)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die Regelung greift nicht alle Kriterien auf, z.B. Datenschutz - Verschwiegenheits-erklärung, Aufwandsentschädigung, Beendigung eines freiwilligen Engagements, und Tätigkeitsbeschreibungen fehlen.	H: Alle Kriterien müssen in der Regelung aufgenommen werden.

3.2.3 Qualitätsmanagementsystem

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.1 Aufbau des Qualitätsmanagementsystems , F 3.1.5 QM- Kalender WBL, F 3.1.12 Matrix interne QM-Maßnahmen, F 2.5_FM_Stb 17 Stellenbeschreibung Qualitätsbeauftragter, F 2.4_FM_01 Besprechungsmatrix	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die Einrichtung hat in ihrer Matrix "interner Schnittstellen" häufige Fehler sowie auf diese abgestimmte Maßnahmen festgehalten.	
F: In der Regelung werden die drei Dimensionen nach Donabedian beschrieben: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.	
F: Die Verfahrensanweisungen sind unterschiedlich aufgebaut und strukturiert. Der Aufbau erfolgt nicht immer nach Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien, sondern ist thematisch gegliedert bzw. handlungsorientiert ("Durchführung") - z.B. VA Fehlermanagement, Interne Kommunikation,	E: Die Verfahrensanweisungen sollten durchgängig die gleiche Struktur des Aufbaus aufweisen.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.3 Umgang mit Fehlern, Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen - VA Fehlermanagement 4, F 3.3.1 VA Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen 2, F 3.3_FM_06 Verbesserungsvorschlag_Formular, F 3.3_FM_04 Verbesserungsvorschlag_Rahmenbedingungen, F 3.3_FM_11 Fehler des Monats_01_02_Januar_Februar_2018	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Fehler des Monats werden regelmäßig benannt und mit dem Ziel, diese nicht wieder auftreten zu lassen, in den Wohnbereichen bekannt gemacht.	
F: Fehler werden erhoben und ausgewertet.	
N: Managementbewertung 2017	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.4 Beschwerdemanagement (4)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Im Jahr 2017 wurden 33 Beschwerden dokumentiert und bearbeitet.	
N: Managementbewertung 2017	

3.2.4 Sicherheit

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 4.1 Umgang mit Bewohner- / Patienteneigentum (2), F 4.1 FM 01 Checkliste mitgebrachte Wertgegenstände (2)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Bewohner und Bewohnerinnen können ihr Eigentum in einem abschließbaren Fach in ihren Zimmern sicher hinterlegen.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 4.2 Arbeitsschutz 3, F 4.2_FM_01 Checkliste- Krankheitsursachen, Mutterschutz_Gefährdungsbeurteilung_Anrichte_Küche, Mutterschutz_Gefährdungsbeurteilung_Pflege, BSO Seniorenzentrum Bethel Wiehl Teil B-C Stand 09.04.2009, Bethel GBA Pflege 170815	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
<p>F: Der Arbeitssicherheitsausschuss (ASA) tagt viermal jährlich. Mitglieder sind benannt und gesetzeskonform.</p> <p>F: Gegen Nadelstichverletzungen wurden die Sicherheitskanülen eingeführt.</p> <p>F: Die im QM-Handbuch abgelegten Gefährdungsbeurteilungen sind von 2015 - die Einrichtung hat die Aktualisierung der Gefährdungsbeurteilung bereits beauftragt (Aktualisierung alle zwei Jahre).</p> <p>F: Die psychische Gefährdungsbeurteilung wurde durch Befragung der Mitarbeitenden erstellt.</p> <p>F: Maßnahmen werden im Maßnahmenplan nachgehalten und dort erledigt.</p> <p>F: Rückenprobleme bestehen bei Mitarbeitenden zurzeit nicht (es gibt keine Rückmeldung seitens der Betriebsärztin).</p> <p>N: ASA-Protokoll vom 13.3.2018, Gefährdungsbeurteilungen 2015; Maßnahmenplan 2017</p>	<p>H: Die Aktualisierung der Gefährdungsbeurteilung (von 2015) muss zeitnah abgeschlossen werden.</p>
<p>F: Im Ordner "Arbeitssicherheit Pflege" sind noch "alte" Betriebsanweisungen (z.B. AHD 2000) abgelegt.</p> <p>F: Die Regelung beinhaltet eine Checkliste zur Erkennung von Krankheitsursachen, geht aber nicht näher auf den Umgang, Bedeutung dieser Checkliste ein.</p> <p>F: Im Ordner "Brandschutzordnung" im Abschnitt "Arbeitssicherheit" sind noch alte Dokumente, z.B. die Brandschutzordnung von 2009 hinterlegt.</p>	<p>H: Alte Regelungen müssen herausgenommen werden.</p> <p>E: Der Umgang bzw. die Verwendung von mitgeltenden Dokumenten sollte beschrieben werden.</p>

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 4.3 Brandschutz 5, Brandschutzordnung, Stand 13.9.2017, Erlaubnisschein Seite 1 und 2	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
<p>F: Mit der Fa. Leistikow besteht ein Vertrag zur Gestellung eines Brandschutzbeauftragten.</p> <p>F: Aktuell müssen die Brandschutztüren erneuert werden.</p> <p>F: Begehungsprotokolle werden bei der Haustechnik abgelegt. Alle sechs bis acht Wochen finden Teamgespräche zwischen Technikern und dem QM-Beauftragten statt. Hier werden die Verbesserungspotentiale aus den Begehungen besprochen.</p> <p>F: Evakuierungsdecken liegen unter jeder Matratze.</p> <p>N: Protokoll vom 23.1.2018</p>	<p>E: Die Begehungsprotokolle sollten digital abgelegt, so dass alle Führungskräfte jederzeit eine Einsichtsmöglichkeit haben.</p>

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 4.4 Wartungs- und Kontrollsystem 4, F 4.4_FM_02 Anwenderschein MPG_Technische Geräte_Pflegekräfte, F 4.4_FM_02 Anwenderschein_Küchengeräte_Technische Geräte_HWS	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die Regelungen zur Wartung und Kontrolle sowie zu den Medizinprodukten nehmen alle Aspekte der Anforderung auf. F: Alle drei Monate werden die elektrischen Geräte der neu eingezogenen Bewohner und Bewohnerinnen durch eine Fachfirma geprüft - alle zwei Jahre werden die Prüfungen wiederholt.	E: Die Einrichtung sollte prüfen, ob dieses 1/4 jährliches Intervall bei Neueinzug risikobehaftet ist.
N: Leiterkontrollen finden nachweislich durch die Haustechnik statt.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 4.5 Hygiene , F 4.5 VA_6_Clostridium difficile, F 4.5 VA_10_Abfallkonzept, F 4.5_FM_01 Vereinbarung zur Tierhaltung im SZWI	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Es gibt je nach Umfang der Hygienevisiten unterschiedliche Checklisten. Da die Ergebnisse über Jahre stabil und auf gutem Niveau waren, ist der Turnus reduziert worden. Neben der Leistung der Hauswirtschaft bewerten auch Wohnbereichsleitungen das Hygieneniveau der Wohnbereiche. F: Auffrischungen von hygienischen Verhalten werden anlassbezogen durchgeführt - hier bspw. im Umgang mit multiresistenten Keimen.	
N: Hygienevisite März 2018	
F: Das Konzept zum Umgang mit Desinfektionsmitteln, der Auswahl und der Beschaffung und Entsorgung ist in der Verfahrensanweisung nicht erwähnt. F: Informationen über Umweltverträglichkeiten werden von kooperierenden Firmen bereitgestellt und Mittel über diese Partner beschafft. Die Entsorgung findet gemäß Betriebsanweisungen statt.	H: Die VA muss entsprechend der Konzepte ergänzt werden bzw. alle Kriterien der Anforderung aufnehmen.
F: Hygieneschulungen finden im Rahmen des Fortbildungsplans und im Rahmen von Teamgesprächen statt.	

<p>F: Die Überprüfungen der Aktualität der Hygienemaßnahmen und -pläne finden durch das MRE-Netzwerk statt - dem Haus wurde ein Hygienesiegel durch das MRE-Netzwerk verliehen. Die Firma Lysoform aktualisiert zusammen mit der Hygienebeauftragten die Hautschutzpläne.</p>	
Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
<p>F 4.7 Datenschutz (2), 141017 Organisations- und Verfahrensrichtlinien BethelNet 2014, F 4.7_FM 02 Einhaltung der Richtlinien (2), F 4.7 FM 03 Überprüfung der Inhalte Internet (1), F 4.7 FM 04 Vorgaben für Arbeiten mit dem PC (1), F 4.7 FM 05 Merkblatt zum Datenschutz und Einwilligung zur Veröffentlichung (1), F 4.7_FM 06 Verpflichtung auf das Datengeheimnis (1), F 4.7 FM 08 Checkliste zur Datenschutzorganisation (2), F 4.7_FM 09 Delegation von Aufgaben und Verantwortung in der EDV, F 4.7_FM 11 Extern - Erklärung des Nutzers elektronischer Dienste</p>	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
<p>F: Durch die Änderungen des Datenschutzgesetzes wurden Anpassungen in der Einrichtung vorgenommen.</p>	<p>E: Die Einrichtung sollte prüfen, inwieweit die Implementierung der Informationspflicht erfolgt ist (z.B. Namen und Kontaktdaten des Verantwortlichen, ggf. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten, Zweck und Rechtsgrundlage der Verarbeitung etc.).</p>
<p>F: Ein Datenschutzbeauftragter ist gemäß der bethelweiten Konvention bestellt. Auf die Organisations- und Verfahrensrichtlinien BethelNet 2014 wird indirekt hingewiesen.</p>	<p>H: Die Organisations- und Verfahrensrichtlinie ist für die Ausrichtung des Datenschutzes innerhalb des Diakoniewerkes genauso zentral, wie die aktuelle Datenschutzordnung des Gesetzgebers bzw. der EKD. Entsprechend muss sie in der Verfahrensweisung erwähnt und Bezüge hergestellt werden (z.B. bei der Beschreibung der IT-Sicherheitsmaßnahmen und Dokumentation).</p>
<p>F: Nicht alle Kriterien finden sich in der Regelung wieder (z.B. Umgang mit Briefen und Post, Überprüfung der Einhaltung des Datenschutzes, Auftragsdatenverarbeitung, Gebot der Datenvermeidung und -sparsamkeit).</p>	<p>H: Alle Kriterien müssen umgesetzt werden.</p>

3.3 Kernprozesse

3.3.1 Pflege

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.4 Pflegeprozess, Pflegeplanung, Pflegestandards (6); K 1.4.1 VA Standards (3)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
S.: Schmerzen chronisch; BTM regelmäßig verordnet, Bedarfsmedikamente als Einzeldosis und Tageshöchstdosis verordnet; Schmerzstärke wird erhoben; im Pflegebericht sind Informationen ohne Maßnahmen dokumentiert;	H: Die Einrichtung muss prüfen, ob bei BTM-Verordnungen die Übermittlung der Medikamente durch die Apotheke ausreicht als Nachweis für die erfolgte Rezeption des Hausarztes oder ob eine Kopie des aktuellen Rezeptes in der Akte abgelegt werden muss. E: Der Turnus der Schmerzerhebung sollte bei Schmerzfreiheit überdacht bzw. verlängert werden, wenn über längere Zeit Schmerzfreiheit besteht. E: Informationen ohne Maßnahmen können entfallen.
B.: Chronische Schmerzen wg. rheumatoider Erkrankung - Schmerzort beide Hände / Finger; Grundmedikation ist ausreichend - keine Schmerzäußerungen dokumentiert bzw. niedrige Werte der subjektiven Schmerzeinschätzung.	
W: Dekubitusmanagement: Risiko adäquat; Maßnahmen in der Planung adäquat; druckentlastende Maßnahmen (viermal Lagerung im Pflegerollstuhl und im Bett ausreichend; BMI 27).	
F: Die VA enthält als Unterzeichner die bereits ausgeschiedene Geschäftsführung.	E: Die Einrichtung sollte überlegen, auf eine namentliche Nennung zu verzichten. Der Verantwortliche als freigebender Mitarbeiter reicht aus.
F: Es geht nicht hervor wie neben den Nationalen Expertenstandards (NES) und ausgewählten Organisations- und sogenannten Gerontostandards mit weiteren Thematiken umgegangen wird.	H: Die Einrichtung muss mit Einführung der Strukturierten Informationssammlung beschreiben, wie mit weiteren Pflegestandards (außer NES) verfahren und der "Immer-so Beweis" umgesetzt wird, d.h. hausinterne Standards oder Verweis auf Fachliteratur.
F: Zur Einführung der Strukturierten Informationssammlung (SIS) wurde im Februar dieses Jahres eine Dozentin eingeladen, die im Rahmen einer Ganztagschulung das Thema ausgewählten Mitarbeitenden vermittelt. Das Thema wird im Mai fortgesetzt. F: Bei allen Neueinzügen wird die SIS durch Mitarbeitende für die neuen Bewohner angelegt. F: In der 26. KW beginnt das Projekt zur Einführung des elektronischen Dokumentationssystems M-KIS, in dem die SIS integriert ist.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.5 Pflegedokumentationssystem (5), K 1.5 FM02 Dokumentationsbeurteilung durch WBL (4)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: D.L. BMI bei Einzug 21,18 BMI 2016 jetzt 4/2017 BMI 17,3 , Arzt ist informiert, Tochter ist beraten, die Beratung ist im Bericht dokumentiert - bekommt Wunschesen, ist stark dement, Ablehnungen werden akzeptiert. Problem ist in der Anamnese erfasst, ebenso in der Planung. BW hat Sturzrisiko, ist beraten und Planung ist erfolgt.	
F: H.T. Dekubitusrisiko durch starke Bewegungseinschränkungen, lagert sich nicht selbst. Risiko krankheitsbedingt und in der Mobilität begründet. Das Lagerungsintervall ist 5 x täglich geplant, hinzukommen Toilettengänge. Im Dokumentationssystem M-KIS wird der Lagerungsnachweis nicht immer chronologisch aufgeführt. Einige Lagerungen sind nicht dokumentiert. Gefährdete Stellen sollten erfasst werden.	H: Lagerungen müssen dokumentiert werden.
F: G. Chronische Schmerzen (Phantomschmerz), Schmerzprotokoll wird 1 x geführt, Wirksamkeitsüberprüfung bei Bedarfsmedikationsgabe erfolgt. Beratung Angehörige nicht relevant, da keine regelmäßig vor Ort.	
F: Sch. Dekubitus - entstanden 25.3.18, der Bewohner lehnt aufgrund seiner schweren Demenz viele Pflegemaßnahmen ab. Ein beantragtes Antidekubitus-Sitzkissen wurde von der Kasse abgelehnt. Eine Weichlagerungsmatratze wird genutzt. Er ist mobil, sitzt aber sehr viel, ist zeitweise hoch aggressiv. Verbandwechsel erfolgt, ärztliche Anordnung (AO) ohne Arztunterschrift (lt. MDK-Auskunft im Rahmen der letzten Prüfung keine Unterschrift notwendig). Planung noch nicht angepasst. Im Bericht ist die Dekubitusentstehung erfasst, Arzt wurde informiert, Visite vom Arzt durch Bewohner abgelehnt. Dies geht aus dem Bericht nicht hervor, ebenso geht aus der Dokumentation nicht der aktuelle Wundbefund hervor.	H: Der Pflegebericht muss den Verlauf wiedergeben. E: Die Einrichtung sollte prüfen, ob das Wegfallen der Arztunterschrift bei ärztlichen Anordnungen risikobehaftet sein könnte.
Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.6 Mitwirkung bei ärztlicher Diagnostik und Therapie (3); K 1.6 FM 01 Standard Arztvisite (2)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: In der Regelung wird auf Standards verwiesen (z.B. K 1.4.2 FM 06 Kompressionsstrümpfe) welche nicht im Qualitätshandbuch (QMH) hinterlegt sind.	H: Aufgeführte mitgeltende Dokumente müssen im QMH hinterlegt sein.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.8 Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen (5)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die nach dem Medizinproduktegesetz geforderte Einweisung und Schulung zu Fixiergurtsystemen (nicht-aktives Medizinprodukt) geht aus der Regelung nicht hervor.	H: Die Unterweisung sollte in der Regelung aufgenommen werden.
F: In der Regelung wird kurz die Möglichkeit der Anwendung von freiheitseinschränkende Maßnahmen (FeM) bei einwilligungsfähigen Bewohnern erwähnt, jedoch fehlen weitere Angaben, was bezüglich der Einwilligungsfähigkeit zu beachten ist.	E: Die Regelung sollte genauer auf die Einwilligungsfähigkeit (Einwilligungsfähig ist jeder, der Art, Bedeutung, Tragweite und Risiken der ärztlichen Maßnahme erfassen kann (u. a. BGH-Urteil vom 28.11.1957 und Urteil des OLG Hamm FG Prax1997, 64) - ärztliches Gutachten einholen) eingehen.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.9 Pflegevisite und fachliche Begleitung von Mitarbeitern (2) , K 1.9.1 VA zur Überprüfung aller Pflegemitarbeiter (4), K 1.9 FM 02 Checkliste Überprüfung Pflegemitarbeiter (3)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die Vorbereitung zur Einführung der Strukturierten Informationssammlung laufen - zurzeit werden Planungen nach SIS und nach dem alten System erstellt. Der Pflegevisitenkatalog wurde noch nicht angepasst. F: Insgesamt schwankt der Erfüllungsgrad der Subkategorien zwischen 92 und 98%. F: Die Ergebnisse werden den Leitungen zurückgespiegelt, Maßnahmen ergriffen. F: Die Auditierenden tragen die Ergebnisse der Pflegevisiten in die Auswertung ein. F: Zurzeit gibt es bspw. Verbesserungspotentiale beim Dekubitusmanagement in der Pflege, die Inzidenz ist gegenüber dem letzten Jahr gestiegen. N: Auswertung 2018	
F: Die Häufigkeit der fachlichen Überprüfung ist in der Regelung nicht festgehalten.	E: Die Frequenz der Mitarbeitenden-Visite sollte festgehalten werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.11 Pflegeüberleitung (2); K 1.11 FM01 Checkliste Krankenhauseinweisung (3); K 1.11 FM02 Checkliste Tascheninhalt für Krankenhaus (2); K 1.11 FM 03 Bewohnerabwesenheit (2), K 1.11 FM04 Besuche im Krankenhaus (2), K 1.11 FM 05 Checkliste Rückkehr BW aus Krankenhaus (2);	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Sehr handlungsleitende, übersichtliche und strukturierte Regelung.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.12 Verhalten in Notfallsituationen (5); K 1.12 FM01 Allgemeiner und Technischer Notfall (5); K 1.12 FM02 Verhalten bei unklarer Abwesenheit (1); K 1.12 FM 03 Inhalt Notfallkoffer (4)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Der Umgang mit psychosozialen Krisen ist nur als Kriterium erwähnt und ein Verweis zu einer gesonderten Verfahrensanweisung gegeben - diese ist im Qualitäts-handbuch nicht hinterlegt. F: Der Dritte Schritt im Brandfall (K 1.12 FM 01) gibt an, dass der "Entdecker des Brandes mit anderen Mitarbeitern den genauen Brandherd lokalisieren." muss. F: Ob eine Auswertung der Notfälle erfolgt, geht aus der Regelung nicht hervor.	H: Der Umgang mit psychosozialen Krisen muss beschrieben werden. E: Der „Dritte Schritt“ im Brandfall (K 1.12 FM 01) sollte dahingehend geprüft werden, ob der "Entdecker des Brandes mit anderen Mitarbeitern den genauen Brandherd lokalisieren." muss. Zumindest sollte ergänzt werden, ohne sich selbst in Gefahr zu bringen.
F: Notfälle werden teilweise ausgewertet. Im Rahmen des Fehlers des Monats werden Vorkommnisse systematisch analysiert.	H: Alle Notfälle müssen ausgewertet und daraufhin untersucht werden, ob die Verfahren umgesetzt werden konnte.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.13 VA Palliative Versorgung schwerkranker Menschen (4); K 1.13 FM01 Checkliste Maßnahmen palliativer Begleitung (1); K 1.13 FM 02 Kriseninterventionsplanung für die Palliativversorgung (1), K 1.13 FM 03 Checkliste Verhalten im Todesfall (5); Leitfaden Aussegnung	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die Benennung der VA stimmt nicht mit dem DSP überein.	
F: Das SZWI verfügt über ausgebildete Palliativ-Care-Fachkräfte und Hospizhelfer.	

3.3.2 Hauswirtschaft

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 3.3 Verpflegung (3)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die Regelung nimmt nicht auf alle Kriterien Bezug (Beratungsangebote, regelmäßige Getränkeunden, Umgang mit Ernährungsproblematiken, Tischkultur).	H: Alle Kriterien müssen in der Regelung beschrieben werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 3.4 Reinigung (5)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die Durchführung von Kontrollen geht aus der Regelung nicht eindeutig hervor.	H: Die Durchführung von Kontrollen muss geregelt werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 3.5 Wäscheversorgung (4), K 3.5.3 Wäschekreislauf SZWI (1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	
F: Die Regelung nimmt nicht auf alle Kriterien (z.B. Reinigung der Berufskleidung) Bezug.	H: Alle Kriterien müssen sich in der Regelung wiederfinden.

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

4 Begutachtungen

4.1 Begutachtungen von Wohnbereichen³

4.1.1 Haus Tabea, Etage 2-5

Datum:	12.4.2018
Begleitpersonen / Leitungen:	Teil 1: Frau Häner, Herr Thürigen, Herr Knollmann, Herr Dietel Teil 2: Frau Häner, Frau Marsic, Frau Wirths, Frau Zander

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
F 4.2 Arbeitsschutz*	Hautschutzplan der BGW / Hygieneplan*	iO
	Frage aus F 4.5: Aushang aktueller Hygiene- und Desinfektionspläne? Wird Hautschutz mit in die Hinweise eingeschlossen? Mitarbeitenden bekannt?	iO
F 4.3 Brandschutz*	Aushang von Flucht- und Rettungsplänen*	iO
	Sind Fluchtwege / Flure frei begehbar?*	iO
	Sicherheit: Zugang zu gefährlichen Substanzen*	iO
F 4.4 Wartungs- und Kontrollsystem*	Kontrolle des Defibrillators / der Sauerstoffflasche des Reanimationswagens* (z.B. Ordner der Medizinprodukte - Wartungs- und Kontrollsystem. Mögliche Nachweise Anzahl, Art, Betriebsanleitungen bzw. Gebrauchsanleitungen)*	k.B.
	Notfallausstattung*	Erste-Hilfe-Koffer vorhanden.
	Funktionskontrolle der Medizinprodukte durch die Mitarbeitenden des Bereiches*	BZ-Kontrollmessung: Drei Wochen fand aufgrund von Urlaub keine Messung statt. H: Kontrollmessung muss 1 x wöchentlich erfolgen.
	Beachtung des Datenschutzes*	iO
	Überwachung der Kühlschranktemperatur (dokumentiert?)	iO - Anmerkung: Der Temperaturfühler hing nicht an der richtigen Stelle des Kühlschranks, so dass die oberen Grenzwerte überschritten und dokumentiert wurden. Es erfolgten keine weiteren Maßnahmen. H: Bei Grenzwertüberschreitung müssen Maßnahmen ergriffen werden.
F 4.5 Hygiene**	Ausstattung Pflegewagen* / Arbeitsmittel im ausreichenden Umfang (Handschuhe, Händedesinfektionsmittel etc.) vorhanden?*	iO
	Sauberkeit / Pflege der Rollstühle, Lifter und anderer Hilfsmittel*	iO
	Veröffentlichung von Sicherheitsanweisungen, z.B. Verhalten im Notfall*	iO

³ 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: In einem unreinen Arbeitsraum war die Spüle nicht an und es roch unangenehm aus dieser. H: Die Spüle muss durchgespült werden.
	Lagerungshilfsmittel*	iO
	Lagerung der Verbandsmaterialien / Sterilgut*	k.B.
	Kleidung der Mitarbeitenden*	iO
	Gesamteindruck Sauberkeit und Hygiene **	Die Räumlichkeiten, die Fußböden und die Räumlichkeiten waren sehr sauber.
K 1.9 Umgang mit den Medikamenten*	Die Medikamentenschränke sind abschließbar / Lagerung in Medikamentenkühlschränken bei Bedarf.*	iO
	Sachgemäße Lagerung / Aufbewahrung (Beschriftungen nach Anbruchs- und Verfallsdatum mit Jahreszahl* / Entsorgung der Medikamente (und Spritzenbestecke)*	iO
	Kontrollliste Lagergut und Medikamente*	iO
	Entsprechen die gestellten Medikamente denen, die der Arzt angeordnet hat (Abgleich Medikamente / Verordnung)?*	iO
	BTM – Buch und Aufbewahrung (Vollständigkeit) / Verblisterung / Vier-Augen-Prinzip*	
K 2.2 Wohnraumgestaltung **	Gestaltung der Gemeinschaftsräume**	iO
	Gestaltung der Außenbereiche - Balkone / Gehwege / Bepflanzungen**	Alte Möbelstück, zahlreiche farbige (Plastik-)Blumenbestecke, Holzische.
	Erscheinungsbild der Flure / Gestaltung der Sitzgelegenheiten / Informationstafeln etc.**	Frühjahr: Noch keine Bepflanzung.
	Veranstaltungsübersicht**	Bilder, Stoßfänger farbig; frische Farben, gemütliche Sitzecken.
	Orientierungshilfen*	Übersichten auf Augenhöhe.
K 2.3 Verpflegung *	Aktueller, gut lesbarer Speiseplan im Wohnbereich?*	Farben der Wohnbereiche entsprechen den Tafeln in den Fahrstühlen. Die Stockwerke werden durch große Zahlen angezeigt.
K 2.4 Reinigung **	Verkehrsflächen - Fußböden („runde Ecken“, Staub, Begehbarkeit)**	iO
	Gerüche?*	Sauber, stumpf, nicht rutschig.
	Sanitärbereiche und Funktionsräume**	Leichte Uringerüche. H: Die Durchlüftung muss verbessert werden.
	Sauberkeit und Ordnung in Gemeinschaftsräumen**	Sauber, aufgeräumt. Neue Spülen vorhanden. F: Eine Spüle war nicht in Betrieb und roch unangenehm aus dem Innenraum (s.o.) Fußboden (Teppich) im Aufenthaltsraum deutliche Abnutzungsspuren. E: Neue Auslegware sollte im Aufenthaltsraum angeschafft werden.
	Sauberkeit der Umgebung: Fenster, Sonnenschutz / Jalousien **	Sehr sauber.
	Sauberkeit Verteilerküchen**	Sehr sauber. Teilweise waren die Holzfensterrahmen verschlissen. H: Die Fensterrahmen müssen ausgewechselt werden. Beim Kühlschrank der Kochgruppe ist das Tiefkühlfach defekt. E: der Kühlschrank sollte in die Hygienekontrollen einbezogen und eine Neuananschaffung überlegt werden.

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
U 1.5 Beschaffung und Lagerung		
Diakonisch-Kirchliche Angebote *	Leitbilder gut sichtbar und bewohnerorientiert angebracht?*	iO
	Ausstattung der Bewohnerzimmer / Büros mit Neuem Testament (NT)*	iO
	Angebotsübersicht gut sichtbar?*	iO
	Bibel / Feiern und Loben / andere Gesangsbücher in allen Wohnbereichen / Einlegeblätter?*	iO
	Liste der Pastoren / Pfarrer*	iO. Die Pastoren sind mit ihren Fotos auf allen Bereichen ausgehängt.
	Utensilien zur Gestaltung des Abschieds von verstorbenen Bewohnern ('Aussegnungssets') in allen Wohnbereichen?*	iO
Sonstiges	Namenschilder?	iO
	FeM: <u>Be</u> Freiheitsentziehenden Maßnahmen: liegt Gerichtsbeschluss vor? (Stichprobe)*	k.B.
	Handzeichenlisten aktuell? (Stichprobe: von der HZ-Liste zum Dienstplan zur Akte - Übereinstimmung?)*	iO
	Stufenloser Eingang *	iO
	Aufzüge mit großen, für Rollstuhlfahrer erreichbaren Bedienelementen (Höhe unter 1.20 m)*	iO
	Handläufe, Haltegriffe*	iO
	Behindertengerechtes Bad / Toilette auf allen Etagen*	iO. F: In einer Wanne war das Desinfektionsmittel abgelaufen. H: Das Desinfektionsmittel muss ausgewechselt werden.
	Rufanlage in jedem Zimmer vorhanden / Nachtbeleuchtung*	iO
	Rutschfester Fußboden*	iO
	An Pflegefachkraft: Wann erfahren Sie von Aufnahmen? Welche Informationen erhalten Sie aus dem Erstgespräch / der prästationären Sprechstunde / vom Überleitungsbogen? Wer legt die Bezugs- / Bereichspflegefachkraft fest?	k.B.
	Kennen Sie die Ziele Ihrer Einrichtung? Kennen Sie die Ihrer Abteilung für dieses Jahr? Wissen Sie, wo Sie im Moment stehen?	Die Abteilungsziele hängen aus.
	Dienst- / Tourenplanung - Kap. 4.1.1	(Kontinuität der Pflegefachkräfte ersichtlich? Gegeben?)
	Interne Kommunikation - Kap. 4.1.1	
	Datenschutz - Kap. 4.3 (k113f)	
Gesamtbewertung**		Der Bereich ist sehr gut organisiert und sehr sauber.

Legende:

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

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

4.1.2 Haus Bethlehem, Etage 4-6

Datum:	12.4.2018
Begleitpersonen / Leitungen:	Teil 1 Etage 4-6:Frau Klein, Herr Thürigen, Herr Knollmann, Herr Dietel Teil 2 Etage 6:Frau Klein, Frau Marsic, Frau Zander

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
F 4.2 Arbeitsschutz*	Hautschutzplan der BGW / Hygieneplan*	iO
	Frage aus F 4.5: Aushang aktueller Hygiene- und Desinfektionspläne? Wird Hautschutz mit in die Hinweise eingeschlossen? Mitarbeitenden bekannt?	iO
F 4.3 Brandschutz*	Aushang von Flucht- und Rettungsplänen*	iO
	Sind Fluchtwege / Flure frei begehbar?*	iO
	Sicherheit: Zugang zu gefährlichen Substanzen*	iO
F 4.4 Wartungs- und Kontrollsystem*	Kontrolle des Defibrillators / der Sauerstoffflasche des Reanimationswagens* (z.B. Ordner der Medizinprodukte - Wartungs- und Kontrollsystem. Mögliche Nachweise Anzahl, Art, Betriebsanleitungen bzw. Gebrauchsanleitungen)*	k.B.
	Notfallausstattung*	k.B.
	Funktionskontrolle der Medizinprodukte durch die Mitarbeitenden des Bereiches*	k.B.
	Beachtung des Datenschutzes*	iO
	Überwachung der Kühlschranktemperatur (dokumentiert?)	iO Die Rückwand des Kühlschranks (Etage 6) ist stark vereist. E: Abtauen des Kühlschranks.
F 4.5 Hygiene**	Ausstattung Pflegewagen* / Arbeitsmittel im ausreichenden Umfang (Handschuhe, Händedesinfektionsmittel etc.) vorhanden?*	iO
	Sauberkeit / Pflege der Rollstühle, Lifter und anderer Hilfsmittel*	k.B.
	Veröffentlichung von Sicherheitsanweisungen, z.B. Verhalten im Notfall*	iO
	Erforderliche Hygienemaßnahmen bei Isolierten (Schutzkleidung, Hauben, Mundschutz, Handschuhe, Einmalkittel, Wäsche, Abwurf, Reinigung)?*	k.B.
	Umgang mit reinem / unreinem Arbeitsraum / Arbeitsmitteln*	iO
	Lagerungshilfsmittel*	iO
	Lagerung der Verbandsmaterialien / Sterilgut*	k.B.
	Kleidung der Mitarbeitenden*	iO
	Gesamteindruck Sauberkeit und Hygiene **	Die Räumlichkeiten, die Fußböden und die Räumlichkeiten waren sehr sauber.

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
K 1.9 Umgang mit den Medikamenten*	Die Medikamentenschränke sind abschließbar / Lagerung in Medikamentenkühlschränken bei Bedarf.*	iO
	Sachgemäße Lagerung / Aufbewahrung (Beschriftungen nach Anbruchs- und Verfallsdatum mit Jahreszahl* / Entsorgung der Medikamente (und Spritzenbestecke)*	iO
	Kontrollliste Lagergut und Medikamente*	iO
	Entsprechen die gestellten Medikamente denen, die der Arzt angeordnet hat (Abgleich Medikamente / Verordnung)?*	iO
	BTM – Buch und Aufbewahrung (Vollständigkeit) / Verblisterung / Vier-Augen-Prinzip*	
K 2.2 Wohnraumgestaltung **	Gestaltung der Gemeinschaftsräume**	k.B.
	Gestaltung der Außenbereiche - Balkone / Gehwege / Bepflanzungen**	iO E: Die Terrasse vor dem Haus Bethlehem sollte von Pflanzen und Flechten befreit werden.
	Erscheinungsbild der Flure / Gestaltung der Sitzgelegenheiten / Informationstafeln etc.**	Frühjahr: Noch keine Bepflanzung. Teilweise kleine Abnutzungsspuren an den Wänden und den Türen.
	Veranstaltungsübersicht**	Bilder, Stoßfänger farbig; frische Farben, gemütliche Sitzdecken.
	Orientierungshilfen*	Übersichten auf Augenhöhe.
K 2.3 Verpflegung *	Aktueller, gut lesbarer Speiseplan im Wohnbereich?*	Farben der Wohnbereiche entsprechen den Tafeln in den Fahrstühlen. Die Stockwerke werden durch große Zahlen angezeigt. In der Mitte des Ganges befindet sich ein Blumenkasten.
K 2.4 Reinigung **	Verkehrsflächen - Fußböden („runde Ecken“, Staub, Begehbarkeit)**	iO
	Gerüche?*	Sauber, stumpf, nicht rutschig.
	Sanitärbereiche und Funktionsräume**	iO
	Sauberkeit und Ordnung in Gemeinschaftsräumen**	iO
	Sauberkeit der Umgebung: Fenster, Sonnenschutz / Jalousien **	Sehr sauber.
	Sauberkeit Verteilerküchen**	Sehr sauber.
U 1.5 Beschaffung und Lagerung		Sehr sauber.
Diakonisch-Kirchliche Angebote *	Leitbilder gut sichtbar und bewohnerorientiert angebracht?*	
	Ausstattung der Bewohnerzimmer / Büros mit Neuem Testament (NT)*	iO
	Angebotsübersicht gut sichtbar?*	iO
	Bibel / Feiern und Loben / andere Gesangsbücher in allen Wohnbereichen / Einlegeblätter?*	iO
	Liste der Pastoren / Pfarrer*	iO
	Utensilien zur Gestaltung des Abschieds von verstorbenen Bewohnern ('Aussegnungssets') in allen Wohnbereichen?*	iO. Die Pastoren sind mit ihren Fotos auf allen Bereichen ausgehängt. Ein Kondolenzbuch liegt aus.
Sonstiges	Namenschilder?	iO
	FeM: <u>Be</u> Freiheitsentziehenden Maßnahmen: liegt Gerichtsbeschluss vor? (Stichprobe)*	iO

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
	Handzeichenlisten aktuell? (Stichprobe: von der HZ-Liste zum Dienstplan zur Akte - Übereinstimmung?)*	k.B.
	Stufenloser Eingang *	iO
	Aufzüge mit großen, für Rollstuhlfahrer erreichbaren Bedienelementen (Höhe unter 1.20 m)*	iO
	Handläufe, Haltegriffe*	iO
	Behindertengerechtes Bad / Toilette auf allen Etagen*	iO.
	Rufanlage in jedem Zimmer vorhanden / Nachtbeleuchtung*	iO
	Rutschfester Fußboden*	iO
	An Pflegefachkraft: Wann erfahren Sie von Aufnahmen? Welche Informationen erhalten Sie aus dem Erstgespräch / der prästationären Sprechstunde / vom Überleitungsbogen? Wer legt die Bezugs- / Bereichspflegefachkraft fest?	k.B.
	Kennen Sie die Ziele Ihrer Einrichtung? Kennen Sie die Ihrer Abteilung für dieses Jahr? Wissen Sie, wo Sie im Moment stehen?	Die Abteilungsziele hängen aus.
	Dienst- / Tourenplanung - Kap. 4.1.1	t.n.z
	<u>Interne Kommunikation - Kap. 4.1.1</u>	(Kontinuität der Pflegefachkräfte ersichtlich? Gegeben?)
	Datenschutz - Kap. 4.3 (k113f)	
Gesamtbewertung**		Der Bereich ist sehr gut organisiert und sehr sauber.

Legende:

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

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

4.2 Begutachtungen von Betreuten

4.2.1 Bewohner 1

Datum:	12.4.2018	Geb.Datum:	
Name, Vorname:		Bereich / Abteilung:	
Betreuung:	Angehöriger	Pflegegrad	3
Derzeitige Situation:	Versorgung zu Hause nicht mehr möglich - Körperpflege vernachlässigt, Inkontinent - unkontrollierter Abgang des Urins - akzeptiert keine Einlagen; Compliance eingeschränkt - lehnt zahlreiche Maßnahmen ab; Zustand nach Pneumonie - Allgemeinzustand verschlechtert (abgenommen, Mobilität eingeschränkt); sturzgefährdet - wurde liegend vorgefunden (KH: Prellungen, keine Frakturen). Nimmt an keinen Betreuungsangeboten teil; nimmt die Speisen in Ihrem Zimmer ein. Der Sohn ist der einzige Angehörige ihres sozialen Netzwerkes.		
Medizinische Diagnosen:	Cerebrale Durchblutungsstörungen, Demenz, Unkooperativ.		
Aktueller Zustand / Umfeld:			
Haare:	k.B.	Ohren:	k.B.
Lippen:	k.B.	Zähne:	k.B.
Zunge:	k.B.	Achseln:	k.B.
Finger / Fingernägel	k.B.	Schulterblätter:	k.B.
Bauchnabel:	k.B.	Hüften:	k.B.
Analgegend:	k.B.	Leistenbereich:	k.B.
Fuß/Ferse/Fußnägel:	k.B.	Zehenzwischenräume:	k.B.
Ernährungszustand:	BMI 28	PEG/Sondennahrung:	k.B.
Wunden:	k.B.	Orientierung:	Zur Person orientiert, zur Zeit, zum Ort, zur Situation nicht.
DK:	k.B.	IKM:	Einlagen mit Netzhose.
Atmosphäre:	k.B.	Bett (auch: höhenverstellbar)	Ordentlich.
Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel	k.B.	Gerüche:	k.B.
Nasszelle / WC:	k.B.	Mobiliar:	Zimmer sehr nüchtern eingerichtet - klären, ob persönliche Dinge aufgehängt werden könnten.
Zufriedenheit:			
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Betreuer ist nicht auskunftsfähig.	Essen:	Schmeckt.
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):	k.B.	Pflegerische Versorgung:	k.B.
Medizinische Versorgung:	k.B.	Therapeutische Anwendungen:	k.B.
Sollte etwas verbessert werden?	k.B.	Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	k.B.
Bewertung:			
Sollte etwas verbessert werden?	Nach Sturz wurde die Bewohnerin beobachtet, jedoch keine Vitalzeichen erhoben. Vitalzeichen (RR, Puls) müssen über drei Schichten nach einem Sturz erhoben werden.		
Gesamteindruck / Bewertung:	Die Bewohnerin wird ihren Bedarfen entsprechend versorgt. Lehnt je nach Stimmung und Verfassung Maßnahmen an ihr ab - wird häufiger gefragt (Körperpflege, Kleidungswechsel) und lässt es dann manchmal zu.	+ / -	

4.2.2 Bewohner 2

Datum:	12.4.18		Geb.Datum:		
Name, Vorname:			Bereich / Abteilung:		
Betreuung:	Angehörige		Pflegegrad	2	
Derzeitige Situation:	Seit Anfang März in der Einrichtung; Eingeschränkte Mobilität - Sturz zu Hause - Hüftfraktur links, wollte daher in das Seniorenzentrum einziehen. Möchte noch viel alleine machen - bewegt sich mit dem Rollstuhl selbstständig durch die Einrichtung und kann sich auch selbstständig vom Bett in den Rollstuhl zur Toilette bewegen. Ist orientiert und freut sich über Unterstützung; Essen und Trinken selbstständig. Unterstützung beim Anziehen der Strümpfe und Schuhe.				
Medizinische Diagnosen:	Polyneuropathie; Sensibilitätsstörungen;				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:	iO	Augen:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	iO	Zahnfleisch:	k.B.
Zunge:	iO	Achseln:	k.B.	Ellenbogen:	k.B.
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	k.B.	Brust:	k.B.
Bauchnabel:	k.B.	Hüften:	k.B.	Gluteal / Sakral	k.B.
Analgegend:	k.B.	Leistenbereich:	k.B.	Intimbereich:	k.B.
Fuß/Ferse/Fußnägel:	k.B.	Zehenzwischenräume:	k.B.	Hautzustand:	k.B.
Ernährungszustand:	k.B.	PEG/Sondennahrung:	k.B.	ggf. Ödeme:	t.n.z.
Wunden:	t.n.z.	Orientierung:	Orientiert zu allen Aspekten (Person, Zeit, Ort, Situation).	Schmerzen:	Keine Äußerung.
DK:	t.n.z.	IKM:	k.B.		
Atmosphäre:	Sehr wohnlich eingerichtet.	Bett (auch: höhenverstellbar)		Wandschmuck/Bilder	Zahlreiche Fotos und Bilder.
Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Hilfsmittel	Sehr sauber.	Gerüche:	k.B.	Kleidung:	Persönliche Kleidung.
Nasszelle / WC:	Sehr sauber.	Mobiliar:	k.B.		
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	"Ich nehme noch nicht intensiv an dem Programm teil. Wenn es passt, gehe ich gerne dorthin. Gestern war ich beim Gedächtnistraining und fand es sehr gut."		Essen:	"Ich freue mich jeden Mittag auf das Essen."	
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):	k.B.		Pflegerische Versorgung:	"Das Personal ist sehr angenehm" / "Jeder ist gekommen und hat sich vorgestellt" "Die sind nett - ich versuche immer die Namen zu behalten."	
Medizinische Versorgung:	k.B.		Therapeutische Anwendungen:	Physiotherapie wird angeboten.	
Sollte etwas verbessert werden?	Wenn ich ein Anliegen habe, ist es keine Problem, es anzusprechen.		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:		
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?					
Gesamteindruck / Bewertung:	Die Bewohnerin wird ihren Bedarfen entsprechend versorgt.		+ / -		

4.2.3 Bewohner 3

Datum:	12.4.2018	Geb.Datum:	
Name, Vorname:		Bereich / Abteilung:	
Betreuung:		Pflegegrad	3
Derzeitige Situation:	Sehkraft nach eigener Aussage sehr stark eingeschränkt - Diabetes mellitus, insulinpflichtig; eingeschränkte Alltagskompetenz; benötigt Unterstützung und Anleitung bei der Körperpflege und beim Anziehen und Kleiden; Essen / Trinken kann sie noch ohne Unterstützung; geht selbstständig zum Speiseraum; nimmt teilweise gerne an den Veranstaltungen teil, besucht regelmäßig die Andachten; die Ordnung in ihrem Zimmer ist zur Zeit gut - der Kühlschrank muss jedoch häufiger kontrolliert werden, da die Nahrung teilweise überlagert wird.		
Medizinische Diagnosen:			
Aktueller Zustand / Umfeld:			
Haare:	k.B.	Ohren:	k.B.
Lippen:	k.B.	Zähne:	k.B.
Zunge:	k.B.	Achseln:	k.B.
Finger / Fingernägel	k.B.	Schulterblätter:	k.B.
Bauchnabel:	k.B.	Hüften:	k.B.
Analgegend:	k.B.	Leistenbereich:	k.B.
Fuß/Ferse/Fußnägel:	k.B.	Zehenzwischenräume:	k.B.
Ernährungszustand:	k.B.	PEG/Sondennahrung:	k.B.
Wunden:	k.B.	Orientierung:	Teilweise orientiert.
DK:	k.B.	IKM:	k.B.
Atmosphäre:	k.B.	Bett (auch: höhenverstellbar)	k.B.
Sauberkeit Zimmer / Nachtsiche / Hilfsmittel	k.B.	Gerüche:	k.B.
Nasszelle / WC:	k.B.	Mobiliar:	k.B.
Zufriedenheit:			
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	k.B.	Essen:	Das Essen schmeckt gut.
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):	Immer schon in der EFG - nimmt an allen Andachten teil.	Pflegerische Versorgung:	k.B.
Medizinische Versorgung:	k.B.	Therapeutische Anwendungen:	k.B.
Sollte etwas verbessert werden?	k.B.	Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	k.B.
Bewertung:			
Sollte etwas verbessert werden?			
Gesamteindruck / Bewertung:	Die Bewohnerin fühlt sich "irgendwie wohl" in der Einrichtung und wird ihren Bedürfnissen entsprechend versorgt.	+ / -	

4.2.4 Bewohner 4

Datum:	12.4.2018	Geb.Datum:	
Name, Vorname:		Bereich / Abteilung:	
Betreuung:	Vorsorgevollmacht	Pflegegrad:	4
Derzeitige Situation:	Seit April 2016 in der Einrichtung, zu Hause wurde es mit der Versorgung immer schwieriger, Hilfebedarf: Unterstützung bei der Grundpflege, unter Anleitung - Bewohner übernimmt tagesformabhängig, Anziehen komplette Übernahme, Toilettengänge werden angeboten, Hilfe bei der Orientierung, läuft eigenständig ohne Hilfsmittel, ans Essen muss sie erinnert werden und Animation zum Essen notwendig, Harninkontinenz - abhängig erreichte Kontinenz.		
Medizinische Diagnosen:	Demenz, Hypertonie		
Aktueller Zustand / Umfeld:			
Haare:	iO	Ohren:	iO
Lippen:	Leicht trocken.	Zähne:	iO
Zunge:	Etwas weißlich belegt.	Achseln:	iO
Finger / Fingernägel	Gepflegt.	Schulterblätter:	iO
Bauchnabel:	iO	Hüften:	iO
Analgegend:	k.B.	Leistenbereich:	k.B.
Fuß/Ferse/Fußnägel:	iO	Zehenzwischenräume:	iO
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.
Wunden:	t.n.z.	Orientierung:	
DK:	t.n.z.	IKM:	iO
Atmosphäre:	Angemessen.	Bett (auch: höhenverstellbar)	
Sauberkeit Zimmer / Nachttische / Hilfsmittel	Sauber.	Gerüche:	Keine.
Nasszelle / WC:	iO	Mobiliar:	Standard.
Zufriedenheit:			
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	"Mir ist nicht langweilig. Wir haben welche die helfen."	Essen:	Das Essen schmeckt.
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):	Bewohnerin geht selten zum Gottesdienst	Pflegerische Versorgung:	"Ich fühle mich gut aufgehoben. Ich habe nichts zu meckern oder zu beanstanden."
Medizinische Versorgung:		Therapeutische Anwendungen:	
Sollte etwas verbessert werden?		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Sehr zugewandt.
Bewertung:			
Sollte etwas verbessert werden?	Der Wandschmuck (Blumen) gefällt ihr nicht.		
Gesamteindruck / Bewertung:	Bewohnerin ist sehr gepflegt, die Pflege ist angemessen.	+ / -	

4.2.5 Bewohner 5

Datum:	12.4.2018	Geb.Datum:	
Name, Vorname:		Bereich / Abteilung:	
Betreuung:	Vorsorgevollmacht.	Pflegegrad	2
Derzeitige Situation:	Wohnt mit seiner Ehefrau im Seniorenzentrum, Hilfestellung bei der Grundpflege, Toilettengang selbständig, Medikamentengabe 4 x tgl, Stützstrümpfe an- und ausziehen, Augentropfen 3 x tgl., Hilfsmittel: Rollator, Brille. Risiken: Sturzrisiko, Kontrakturrisiko, chronische Schmerzen.		
Medizinische Diagnosen:	Chronische Bronchitis, chronische Hepatitis, chronisch venöse Insuffizienz der unteren Extremitäten, Gonarthrose, Hypertonie		
Aktueller Zustand / Umfeld:			
Haare:	iO	Ohren:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	iO
Zunge:	iO	Achseln:	k.B.
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	k.B.
Bauchnabel:	k.B.	Hüften:	k.B.
Analgegend:	k.B.	Leistenbereich:	k.B.
Fuß/Ferse/Fußnägel:	Fußpflege kommt.	Zehenzwischenräume:	k.B.
Ernährungszustand:	k.B.	PEG/Sondennahrung:	k.B.
Wunden:	k.B.	Orientierung:	Zeitlich, örtlich orientiert, nicht immer zur Situation.
DK:	t.n.z.	IKM:	iO
Atmosphäre:	Sehr wohnlich.	Bett (auch: höhenverstellbar)	Eigene Bettwäsche.
Sauberkeit Zimmer / Nachtsiche / Hilfsmittel	Sauber.	Gerüche:	Keine.
Nasszelle / WC:	iO	Möbiliar:	Möbel überwiegend vom Haus, Sessel privat.
Zufriedenheit:			
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Ist sehr zufrieden mit den Angeboten. Gymnastik, Krafttraining, Gedächtnistraining, Märchenstunde, Kaffestunde, Kochclub, Konzerte. Jahreszeitfeste: z.B. Karneval, Tanz in den Mai.	Essen:	Frühstück und Mittag kann ausgewählt werden. Mittagessen muss einen Tag vorher Bescheid gegeben werden. Essen schmeckt gut.
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):	Geht immer sonntags zum Gottesdienst.	Pflegerische Versorgung:	Ist gut, fühlt sich gut versorgt. "keine Probleme".
Medizinische Versorgung:	Hausarzt kommt einmal wöchentlich.	Therapeutische Anwendungen:	
Sollte etwas verbessert werden?	Nein.	Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Sehr zugewandt.
Bewertung:			
Sollte etwas verbessert werden?			
Gesamteindruck / Bewertung:	Ist gut und angemessen versorgt.	+ / -	

4.2.6 Bewohner 6

Datum:	12.4.2018	Geb.Datum:	
Name, Vorname:		Bereich / Abteilung:	
Betreuung:	nein	Pflegegrad	3
Derzeitige Situation:	seit 2016 im Haus. Bewohner sitzt im Rollstuhl, Transfer mit Unterstützung, Unterstützung bei Körperpflege, Ankleiden unterstützen durch Anreichen, isst selbständig in der Gemeinschaft am Tisch, Blasenkatheter-Pflege, Medikamentengabe 3 x tgl. Risiken: Sturzrisiko, Kontrakturrisiko, Soor-Parotitisrisiko.		
Medizinische Diagnosen:	Zustand nach Gastroenteritis, dementielle Syndrom, neigt zu Hautirritationen am gesamten Körper, Harnverhalt bei Prostatahyperplasie, Polyarthrose		
Aktueller Zustand / Umfeld:			
Haare:	iO	Ohren:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	k.B.
Zunge:	Leicht belegt.	Achseln:	iO
Finger / Fingernägel	Etwas lang, empfindet Bewohner als zu lang und verunreinigt.	Schulterblätter:	iO
Bauchnabel:	iO	Hüften:	k.B.
Analgegend:	k.B.	Leistenbereich:	k.B.
Fuß/Ferse/Fußnägel:	k.B.	Zehenzwischenräume:	k.B.
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.
Wunden:		Orientierung:	Zeitlich nicht orientiert, zur Situation nicht immer orientiert.
DK:	Ja.	IKM:	
Atmosphäre:		Bett (auch: höhenverstellbar)	
Sauberkeit Zimmer / Nachttische / Hilfsmittel	iO	Gerüche:	Leicht.
Nasszelle / WC:	iO	Mobiliar:	Standard.
Zufriedenheit:			
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Angebote vom Haus sind ihm nicht bekannt.	Essen:	Essen ist gut.
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):	"Gehe ich schon mal hin."	Pflegerische Versorgung:	"Geht ganz gut mit der pflegerischen Betreuung."
Medizinische Versorgung:	"Ja, ab und zu kommt ein Arzt. "	Therapeutische Anwendungen:	Keine.
Sollte etwas verbessert werden?	"Alles gut hier. Ich fühle mich wohl."	Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	iO
Bewertung:			
Sollte etwas verbessert werden?	Fingernagelpflege sollte erfolgen.		
Gesamteindruck / Bewertung:	Pflegerische Versorgung ist angemessen.	+ / -	

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**).

	Stamblatt	Anamnese / Biografiearbeit*	Pflegeplanung	Pflegeplanung innerhalb der vorgegebenen Frist erstellt?*	Pflegebericht	Leistungsnachweis / -dokumentation*	Dekubitusrisikoskala / -einschätzung*	Lagerungsprotokoll*	Betreuungsplanung und -nachweis	Wundprotokoll / -dokumentation*	Ernährungs- / Trinkprotokoll*	Sturzrisiko*	Förderung der Harnkontinenz*	Vitalzeichenkontrollblatt	Ärztliches Verordnungsblatt / Visitenprotokoll	Schmerzdokumentation	Medikamentenplan	Therapiedokumentation / Aktivierungsbogen	Seelsorge (Durchführungsnachweis / Dokumentation)*	Spirituelle Bedürfnisse des BW / Pat. dokumentiert (Anamnese)*	Überleitungsbogen	Leerstelle (zusätzliche Formulare KH / RK)	Ärztliches Verlaufsblatt	Therapeutisches Verlaufsblatt	Befunddokumentation	Vollständigkeit* / Anwendung*	Bewertung der Vollständigkeit und Schriftführung in Schulnoten	
	2	2	2	2	2	2	2	k.B.	2	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	2	2	2	2	k.B.	k.B.	2	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	1,0
	Seit März 2016 in der Einrichtung. Die Bewohnerin ließ eine Befragung zu - konnte jedoch keine adäquaten Auskünfte geben. Einzelbetreuungen finden statt. Die Dokumentation informiert über den aktuellen Status.																									2,0		
2.	2	2	2	2	2	2	2	k.B.	2	k.B.	k.B.	2	k.B.	2	2	2	2	k.B.	k.B.	2	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	1,0
																										2,0		
3.	2	2	2	k.B.	2	2	2	k.B.	2	k.B.	k.B.	2	2	2	2	2	2	k.B.	2	2	2	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	1,0
	Seit 01/2015 in der Einrichtung, nachdem sie sich zu Hause nicht mehr versorgen konnte. Die Versorgung findet angemessen statt und nimmt Bezug auf die Persönlichkeit der Bewohnerin. Kühlschrank und Schränke müssen teilweise auf überlagerte Lebensmittel kontrolliert werden. Die Einzelbetreuung ist auf die Bedürfnisse der Bewohnerin abgestimmt.																									2,0		
4.	2	2	1	k.B.	2	2	2	k.B.	2	t.n.z.	t.n.z.	2	2	2	t.n.z.	2	2	t.n.z.	2	2	2	k.B.	t.n.z.	k.B.	k.B.	k.B.	1,2	
	Pflegeplanung: Sturzrisiko und Kontrakturnisiko sind geplant, aus der Risikoerhebung geht hervor, dass kein Risiko besteht. H: Die Risikoerhebung und die Pflegeplanung müssen aufeinander abgestimmt sein.																											

	Stammblatt	Anamnese / Biografiearbeit*	Pflegeplanung	Pflegeplanung innerhalb der vorgegebenen Frist erstellt?*	Pflegebericht	Leistungsnachweis / -dokumentation*	Dekubitusrisikoskala /-einschätzung*	Lagerungsprotokoll*	Betreuungsplanung und -nachweis	Wundprotokoll / -dokumentation*	Ernährungs- / Trinkprotokoll*	Sturzrisiko*	Förderung der Harnkontinenz*	Vitalzeichenkontrollblatt	Ärztliches Verordnungsblatt / Visitenprotokoll	Schmerzdokumentation	Medikamentenplan	Therapiedokumentation / Aktivierungsbogen	Seelsorge (Durchführungsnachweis / Dokumentation)*	Spirituelle Bedürfnisse des BW / Pat. dokumentiert (Anamnese)*	Überleitungsbogen	Leerstelle (zusätzliche Formulare KH / RK)	Ärztliches Verlaufsbblatt	Therapeutisches Verlaufsbblatt	Befunddokumentation	Vollständigkeit* / Anwendung*	Bewertung der Vollständigkeit und Schriftführung in Schulnoten
5.	2	2	2	k.B.	1	k.B.	2	k.B.	2	k.B.	k.B.	2	2	2	t.n.z.	k.B.	2	t.n.z.	k.B.	2	2	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	1,1
	<p>H: Nach Bedarfsmedikationsgabe sollte die Wirksamkeitskontrolle erfolgen. Beratungen zu Risiken sind Infomaterialien ausgehändigt worden. Keine Beratungsinhalte erkennbar. E: Die Einrichtung sollte prüfen, die Beratungsinhalte und die Reaktion festzuhalten.</p>																										
6.	k.B.	k.B.	1	k.B.	k.B.	1	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
	<p>Obstipations- und Dekubitusrisiko besteht aktuell nicht, Prophylaxen sind in der Planung aufgeführt. H: Die Planung muss angepasst werden. E: Die Kontrakturrenprophylaxe sollte auf aktuelle pflegwissenschaftliche Durchführung geprüft werden. Der Wechselintervall des Urinbeutels geht aus der Planung nicht hervor. H: Die Planung sollte Aussagen zum Wechselintervall des Urinbeutels aufweisen oder auf einen entsprechenden Standard verweisen.</p>																										

5 Zusammenfassung

Die beiden Tage der Internen Revision im Seniorenzentrum Bethel Wiehl waren sehr informativ und von einer sehr kollegialen Atmosphäre geprägt. Alle befragten Mitarbeitenden waren sehr engagiert und kompetent. Sie trugen zu dem sehr guten Endergebnis bei.

Das Seniorenzentrum Bethel Wiehl verfügt über 117 Betten und betreut aktuell 101 Bewohner. Ungeachtet der bekannten und zunehmend dringend notwendigen Sanierungen / Instandhaltungen, hat die Einrichtung viel unternommen, um die Einrichtung attraktiv zu präsentieren. Die Einrichtung vermittelt einen sehr sauberen, gepflegten und gut gereinigten Eindruck. In allen Wohnbereichen sind die Wände ansprechend farblich gestaltet und die Bepflanzungen geben den Räumen eine angenehme Ausstrahlung. Rollstuhlrampen an den frühlingshaft gestalteten Balkonen, ermöglichen den Rollstuhlfahrern den Ausblick an der frischen Luft zu genießen. Zukünftig muss die Einrichtung Maßnahmen umsetzen, um notwendige Instandhaltungen einzuleiten (z.B. Reparatur Fenster, Erneuerung zweier Steckbeckenspüler). Der derzeitige wahrzunehmende leichte Uringeruch muss beseitigt werden. Das ist der Einrichtung bewusst und die Vorschläge (z.B. Stoßlüften, Duftspender) wurden uneingeschränkt angenommen.

Das Qualitätshandbuch (QMH) ist auf einem aktuellen Stand. Die Verfahrensanweisungen sind lesefreundlich und mit übersichtlichen, meist kurzen Stichpunkten beschrieben. Bei Bedarf wird auf mitgeltende Dokumente oder Verfahrensanweisungen verwiesen (z.B. Hygiene, Wartung- und Kontrollsystem). Mit kleinen Ausnahmen (z.B. Personaleinsatzplanung, Hygiene, Verpflegung) werden alle Kriterien des Diakonie-Siegels Pflege aufgegriffen und beschrieben. Bei dem Aufbau der Verfahrensanweisungen muss die Einrichtung sich zukünftig für eine einheitliche Darstellung (z.B. Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) entscheiden und nicht zwischen verschiedenen Strukturen wechseln.

Das Management ist im SZWI sehr gut organisiert. Das Team ist in der Darstellung sehr sicher und die feste und kompetente Teamstruktur spiegelt sich hier wider.

Risiken werden erkannt und eingeschätzt. Die Einrichtung ist dabei, das Risikomanagement entsprechend den Anforderungen der DIN EN ISO 9001: 2015 weiter zu implementieren.

Die Ergebnisse der Pflegevisiten sind übersichtlich dargestellt und Verbesserungspotentiale werden erkannt und im Team kommuniziert. Eine Wirksamkeitskontrolle wurde nachvollziehbar dargelegt.

Beachtenswert ist die hohe Anzahl an Auszubildenden in der Einrichtung. So werden aktuell 14 Auszubildende in der Einrichtung von sehr engagierten Praxisanleitern begleitet. Einige Auszubildende konnten in den Vorjahren vom Seniorenzentrum bereits als Fachkräfte übernommen werden, was hinsichtlich der aktuellen Fachkraftsituation einen deutlichen Pluspunkt darstellt. Perspektivisch benötigt die Einrichtung weitere Praxisanleiter, um die Ausbildung fortlaufend sicherzustellen.

Die Fort- und Weiterbildung ist fest implementiert und wird prospektiv und strukturiert geplant. Eine Wissensdatenbank ist eingerichtet. Eine Registrierung beruflich Pflegender wird perspektivisch angestrebt.

Alle eingesehenen Pflegedokumentationen sind nachvollziehbar und stellen den Pflegeprozess gut dar. Beobachtete Phänomene finden sich fast immer in der Dokumentation wieder. Ein Augenmerk muss noch auf die Schlüssigkeit hinsichtlich der Risikoerhebung, Maßnahmenplanung und des Pflegeberichtes gelegt werden, nicht durchgehend sind diese klar aufeinander aufgebaut. Die Einrichtung sollte darüber hinaus prüfen, ob alle Maßnahmen sinnvoll und notwendig sind (z.B. routinemäßige wöchentliche Schmerzerhebung, obwohl der Betroffene viele Wochen schmerzfrei war / wöchentliche BZ-Messungen ohne Maßnahmeneinleitung bei pathologischen Werten).

Die Strukturierte Informationssammlung wird Mitte des Jahres eingeführt. Aktuell fand bereits eine Ganztagschulung für ausgewählte Mitarbeitende zur Thematik statt. Um sich schrittweise mit der neuen Herangehensweise vertraut zu machen, wird derzeit für alle Neuaufnahmen, parallel zur herkömmlichen Dokumentation, ein SIS-Bogen erstellt.

Die im Rahmen der Internen Revision besuchten Bewohnerinnen und Bewohner äußerte sich durchweg sehr zufrieden mit der Einrichtung und der pflegerischen Betreuung. Diese Einschätzung konnte durch die Auditoren bestätigt werden.

Die Auditoren waren beeindruckt, mit wie viel Engagement sich die Einrichtung an den beiden Tagen präsentierte.

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

UB/AF	Vor-Ort-Prüftermine	Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung (PD: nur Orientierung)			Ordnung, Sauberkeit, Hygiene			Konzepte und Standards			Pflegerisches / ärztliches / therapeutisches Management			Ergebnisqualität: (Pflege-)Zustand der BW / Pat.			Ergebnisqualität: Dokumentation			Durchschnitt (Pflegezustand doppelt gewichtet)		
		16	17	18	16	17	18	16	17	18	16	17	18	16	17	18	16	17	18	16	17	18
SZWI	11.04.-12.04.18	1 -	1 -	1 -	1	1	1	2	2	1-2	1	1	1	1	1	1	1	1	1-2	1,1	1,1	1,1

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

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

Berlin, 24.05.2018

Andreas Dietel, Henrike Zander

Anhang 1

Revisionsplan: Interne Revision in Medizin und Pflege, Seniorenzentrum Bethel Wiehl (SZWI), 11.04. – 12.04.2018

Allgemeines:	<p>Auditoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Herr Dietel, SMG - Frau Zander, SMG <p>Gesprächspartner: (Haupt-) Geschäftsführer und Vertretungen, zusätzliche Gesprächspartner nach Absprache (siehe unten).</p> <p>Dauer der Revision: 9.00 – 17.00 Uhr</p> <p>Medien / Vorbereitung: Bitte ein am Netzwerk angeschlossenes Laptop und einen Beamer im Besprechungsraum aufstellen. Das QM-Handbuch muss über Beamer und Laptop während der gesamten Zeit eingesehen werden können. Ggf. muss auch der Einblick in bereits (papiergestützte) archivierte Unterlagen ermöglicht werden (z.B. Pflegevisiten- / Fallbesprechungsprotokolle, Auditprotokolle).</p> <p>Alle Auditoren werden im Verlauf der Internen Revision Betreute der Unternehmensbeteiligung besuchen. Die sechs bis zwölf Betreuten werden am Morgen des ersten Tages als Zufallsstichprobe ausgewählt (bspw. mit FeM, Risikofaktoren, Soziale Betreuung, Veränderungen seit Übernahme der Pflege – Anpassung der Planungen und Maßnahmen).</p>
1. Tag:	<p>Darstellung der Unternehmensbeteiligung anhand der ausgewählten Kriterien des Prüfkataloges / Nachweisdokumente / Dokumentationsvisiten / Audits</p>
	<p>9.00 – 9.05 Uhr Auswahl der Stichprobe aus der Gesamtanzahl der Betreuten (→ Einverständniserklärungen)</p> <p>9.05 – 9.20 Uhr Gesetzliche Rahmenbedingungen / Aktuelle Themen Unterlagen: Aktuelle Managementbewertung Beteiligte: HG / GF / PDL / stv. PDL / QMB sowie weitere Gesprächspartner, die die Einrichtung auswählt. Bitte tragen Sie die Namen der Mitarbeitenden und deren Funktionen ein, ergänzen ggf. Personen, die Sie gerne bei einem Thema hinzuziehen möchten und geben Sie uns den Revisionsplan am Morgen des ersten Tages zurück bzw. übersenden die Datei an Herrn Dietel.</p> <p>9.20 – 11.25 Uhr Schwerpunktthema Risikobasierter Ansatz⁴ – Audits inklusive Begehung der Einrichtung (ca. 30 Minuten zum Ende dieses Blocks). Unterlagen / Medien: Auditergebnisse – Protokolle im Intranet / papiergestützt, Maßnahmenpläne, Leitungsbesprechungsprotokolle, Teambesprechungsprotokolle etc.</p>

⁴ Vgl. Qualitätsmanagementbericht des DwB in der aktuellen Form

	<p>Schwerpunkte: Arbeits-, Sicherheitsaudits (z.B. Brandschutz, Gesundheitsamt, sicherheitstechnische / messtechnische Kontrollen), Gefährdungsbeurteilungen, Hygieneaudits, Pflegevisiten (Protokolle, Ergebnisse), Systemaudits, Datenschutzaudits Beteiligte: HG, PDL, QB, Brandschutzbeauftragte / Sicherheitsbeauftragte, Hygienebeauftragte, Auditoren / Visitierende, Datenschutzbeauftragte</p> <p>11.35 – 12.30 Uhr Weitere Schwerpunktthemen 2018 Unterlagen / Medien: QM-Handbuch im Intranet, Flyer, Protokolle etc. Schwerpunkte: Fachlichkeit der Mitarbeitenden - Fort- und Weiterbildungsmanagement / Ausbildung (Zusammenarbeit mit den Ausbildungsstätten: Vermittlung der Nationalen Expertenstandards, Pflegeprozess), Registrierung beruflich Pflegenden – Zertifizierung des internen Fortbildungsprogrammes, Einarbeitung neuer Mitarbeitender, Mitarbeitergespräche Beteiligte: HG, PDL, QB, Fortbildungsbeauftragter, Praxisanleiter und Auszubildender/-e sowie ggf. weitere Gesprächspartner.</p> <p>12.30 – 13.15 Uhr Mittagspause</p> <p>13.20 – 14.20 Uhr Ausgewählte Prozessschritte, ggf. Begehung vor Ort 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), Betreuung, Integration, Hauswirtschaft, Ernährung, Zusammenarbeit mit Hospizen Beteiligte: HG, PDL, QB, und weitere Mitarbeitende.</p> <p>14.25 – 15.25 Uhr Pflegedokumentation / Standards / Einführung der SIS Unterlagen / Medien: MCC, Intranet / papiergestützte bzw. elektronische Dokumentation, Pflegestandards / Nationale Expertenstandards Schwerpunkte: Umsetzung des Konzeptes SIS - Anwendungsbeispiele SIS, tagestrukturierter Maßnahmenplan, Immer-so-Beweis, Evaluationen etc. Beteiligte: HG, PDL, QB, und weitere Mitarbeitende</p> <p>15.30 – 16.25 Uhr Begehung Wohnbereiche - Dokumentation Schwerpunkte: Zufälliges stichprobenartiges Ziehen von Bewohnerakten – Bewertung der Dokumentation durch Erläuterung der Dokumentation durch die Bezugspflegerkräfte – Themen bspw. "Pflegerische" Risiken - Sturz, Dekubitus, Ernährung, Wunden, Kontinenz, Schmerz, (Mobilität) Beteiligte: Ergibt sich nach Bedarf</p> <p>16.30 – 16.45 Uhr Auditorenzeit: Abstimmung / Durchsicht von Nachweisen, des Maßnahmenplans mit stichprobenartiger Kontrolle der Umsetzungen der Empfehlungen / Hinweise des letzten Revisionsberichtes / des Zertifizierungsberichtes.</p> <p>16.50 – 17.00 Uhr Zwischenergebnis Tag 1</p>
<p>2. Tag</p>	<p>Inaugenscheinnahme ausgewählter Betreuer / Dokumentationsvisite / Nachweisdokumente / Begehungen</p> <p>9.00 – 9.15 Uhr Klärung von Fragen / Ausblick auf den Tag Beteiligte: HG / GF / PDL / ggf. stv. PDL / QMB.</p>

9.20 – 12.00 Uhr

Besuch und Inaugenscheinnahme ausgewählter Betreuer (→ Einverständniserklärung)

12.05 – 12.25 Uhr

Auditorenzeit: Abstimmung / Durchsicht von Nachweisen usw.

12.30 – 13.15 Uhr Mittagspause

13.20 – 15.20 Uhr

Begehung ausgewählter Abteilungen und Wohnbereiche

15.30 – 16.15 Uhr

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

16.20 – 16.30 Uhr

Abschlussbesprechung mit allen Teilnehmenden und Interessierten / Rückmeldung an die Auditoren

A. Dietel
Geschäftsführer Produkte