

Diakoniewerk Bethel e.V.
Geschäftsbereich Produkte

Qualität im Diakoniewerk Bethel e.V.
und seinen Beteiligungen

Qualitätsbericht 2009

Andreas Dietel
Dr. Katja Lehmann-Giannotti



DIAKONIEWERK BETHEL

Inhalt

1	Einleitung	1
2	Prüfungsgrundlagen	2
3	Prüfungsdurchführung	4
4	Prüfungsergebnisse	6
4.1	Bauliches, Wohnliches, Orientierung	6
4.1.1	<i>Zusatzleistungen der Einrichtung</i>	6
4.1.2	<i>Wohnraumgestaltung</i>	7
4.1.3	<i>Ausstattung</i>	7
4.1.3.1	Ausstattung der Wohnbereiche / Stationen	7
4.1.3.2	Ausstattung der Bewohner- und Patientenzimmer	8
4.1.3.3	Ausstattung für gerontopsychiatrische Bewohner	9
4.1.3.4	Regelungen für den Einzug des Bewohners nach Diakonie- Siegel Pflege	9
4.1.4	<i>Brandschutz / Gebäude- und Geländesicherheit</i>	9
4.1.4.1	Brandschutz	10
4.1.4.2	Gebäude- und Geländesicherheit.....	10
4.1.4.3	Medizinprodukte bzw. ‚Pflegehilfsmittel‘	11
4.2	Ordnung, Sauberkeit, Hygiene.....	11
4.2.1	<i>Hygiene</i>	11
4.2.2	<i>Reinigung</i>	12
4.2.3	<i>Wäscheversorgung</i>	13
4.2.4	<i>Verpflegung</i>	14
4.3	Konzepte und Standards	15
4.3.1	<i>Fachliche Schwerpunkte</i>	15
4.3.2	<i>Konzepte</i>	15
4.3.2.1	Pflegeleitbild	15
4.3.2.2	Pflegekonzept.....	16
4.3.2.3	Hauswirtschaftskonzept.....	17
4.3.2.4	Soziale Betreuung	18
4.3.2.5	Kooperationen	19

4.3.2.6	Diakonisches Profil	19
4.3.3	<i>Standards / Leitlinien</i>	24
4.3.3.1	Medizinischer / pflegerischer Bereich	24
4.3.3.2	Beratung / Soziale Betreuung.....	25
4.3.3.3	Technischer Dienst / Hauswirtschaft	26
4.4	Pflegerisches, ärztliches und therapeutisches Management	27
4.4.1	<i>Ablauforganisation</i>	27
4.4.1.1	Erstkontakt / Erstgespräch / Aufnahme	27
4.4.1.2	Dienstplan / Tourenplan	28
4.4.1.3	Pflegerische Versorgung	29
4.4.1.4	Beratung / Soziale Betreuung.....	30
4.4.1.5	Ernährung.....	30
4.4.1.6	Medikamentenversorgung	33
4.4.2	<i>Qualitätsmanagement</i>	33
4.4.2.1	Struktur des Qualitätsmanagements	33
4.4.2.2	Maßnahmen der internen Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung (Umsetzung des ‚Plan-Do-Check-Act‘ – des PDCA-Zyklusses)	34
4.4.2.3	Das Qualitätsmanagementsystem flankierende Fort- und Weiterbildungsmanagement.....	35
4.4.2.4	Fachliteratur und Fachzeitschriften	36
4.4.2.5	Geregeltes Notfallmanagement.....	37
4.4.2.6	Umgang mit Beschwerden	38
4.5	Ergebnisqualität: (Pflegerische)-Zustand von Patienten und Bewohnern.....	38
4.6	Ergebnisqualität: Überprüfung der medizinischen Dokumentation	39
4.6.1	<i>Vollständigkeit</i>	39
4.6.2	<i>Formale und inhaltliche Führung der medizinischen Dokumentation</i>	40
4.7	Die Rezertifizierung des Krankenhauses Bethel Berlin (KHBE) nach KTQ®.....	41
4.8	Die Zertifizierung der Seniorenzentren, Diakoniestationen und Reha-Kliniken sowie des Krankenhauses	41
4.9	Ergebnisse der Zertifizierungsaudits nach DSP.....	42
4.10	Die Prüfergebnisse nach Schulnoten 2007 bis 2009 in der Synopse	45

5 Zusammenfassung.....	46
6 Ausblick	50

1 Einleitung

Das **Gesamtkonzept der Qualitätssicherung** im DwB und seinen UB fußt zum einen auf dem Gedanken, dass so viel Verantwortung wie möglich im Betrieb wahrgenommen wird. Dies wird durch die direkte Qualitätssicherung vor Ort erreicht, z.B. durch interne Audits, Pflegevisiten oder Qualitätszirkel.

Zum anderen gibt es naturgemäß ein übergeordnetes strategisches Interesse an der medizinischen und pflegerischen Qualität der Bethel-Betriebe. Diese wird durch die Interne Revision in Medizin und Pflege untersucht und abgebildet.

Im siebenten Jahr der Internen Revision in Medizin und Pflege wird wieder ein zusammenfassender Qualitätsbericht für die Arbeitsfelder (AF) und Unternehmensbeteiligungen (UB) des Diakoniewerk Bethel e.V. (DwB) vorgelegt (siehe auch Qualitätsberichte 2003 - 2008).

Mit dem Instrument der Internen Revision nimmt der Geschäftsbereich Produkte seine Aufgaben der Beratung, Begleitung und Überwachung der Betriebe hinsichtlich der Art und Qualität der Leistungserbringung wahr.

Das Krankenhaus (KH) sowie alle Reha-Kliniken (RK), Seniorenzentren (SZ) und Diakoniestationen (DS) wurden im Zeitraum zwischen Januar und August einer jeweils mehrtägigen Prüfung durch Andreas Dietel (Leitender Auditor) und Pflegedienstleitungen jeweils anderer UB (als Ko-Auditoren) unterzogen.

Als Grundlage der Prüfungen wurde hauptsächlich der Prüfkatalog des Diakoniesiegel Pflege, der die Kataloge des Medizinischen Dienstes (MDK) und die durch die Heimaufsicht festgelegten Aspekte integriert, sowie Kernkriterien des KTQ-Manuals herangezogen, vervollständigt durch die für das DwB entwickelten diakoniespezifischen Kriterien.

Die zusammenfassende tabellarische Gesamtbeurteilung nach Schulnoten (Prüfergebnisse in der Synopse“, siehe Kapitel 4) stellt die Entwicklung der letzten drei Jahre im Überblick dar.

2 Prüfungsgrundlagen

Die Prüfungsgrundlagen und Prüfkriterien wurden entsprechend der gesetzlichen Forderungen festgelegt. U.a. wurden folgende gesetzliche Grundlagen in den Prüfungskatalogen berücksichtigt:

- SGB XI, insbes. § 80
- SGB V, insbes. § 137
- Heimgesetz
- Heimmindestbauverordnung
- Heimpersonalverordnung
- Heimmitwirkungsverordnung
- Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe
- Rahmenverträge/Versorgungsverträge nach § 75 SGB XI
- Infektionsschutzgesetz
- Hygienerichtlinien der Länder für Altenpflegeeinrichtungen
- HACCP
- Hygienerichtlinien des RKI (Robert-Koch-Institut)
- Medizinprodukte-Betreiberverordnung
- Krankenpflegegesetz/Altenpflegegesetz
- MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität vom 10.11. 2005
- geltende MDS-Richtlinien, u.a. zum Pflegeprozess, zur Pflegedokumentation sowie zur Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Als Leitfaden für die Befragung dienten in den Seniorenzentren und Diakoniestationen:

- Auditcheckliste zum Bundesrahmenhandbuch Diakonie-Siegel Pflege Vers. 2
- das MDK-Prüfverfahren
- AOK Prüfkatalog zur Ergänzungsvereinbarung nach § 132 a SGB V für die Berliner Diakoniestationen
- Diakoniespezifische Kriterien des DwB

Grundlagen für die diakoniespezifischen Kriterien sind:

- das Leitbild ‚Seelsorge im DwB‘
- das Rahmenkonzept ‚Arbeiten in christlicher Verantwortung DwB‘
- ‚Leben und Arbeiten – Leitungs- und Führungsgrundsätze im DwB‘
- das Leitbild ‚Diakonie‘

- das Bundesrahmenhandbuch ‚Diakonie-Siegel Pflege‘
- die Auditcheckliste zum Bundesrahmenhandbuch

Als Leitfaden für die Befragung dienten im Krankenhaus und in den Reha-Kliniken:

- die KTQ-Kataloge (Kooperation und Transparenz für Qualität im Krankenhaus) für das Krankenhaus und die Reha-Kliniken
- die Auditcheckliste zum Bundesrahmenhandbuch Diakonie-Siegel Pflege Vers. 2
- das MDK-Prüfverfahren
- die Anforderungen für den Qualitätsbericht gem. § 137 SGB V
- diakoniespezifische Kriterien des DwB

Die oben genannten gesetzlichen Grundlagen wurden, sofern sie nicht bereits in den Katalogen des Diakonie-Siegel Pflege, von KTQ bzw. im MDK-Katalog enthalten waren, dem Prüfverfahren ergänzend hinzugefügt.

3 Prüfungsdurchführung

Die Prüfung erstreckte sich (je nach Größe) i.d.R. über zwei bis drei Tage pro Betrieb. Die Auditoren besuchten die Betriebe in 2009 angemeldet.

Das 2007 zum Teil erprobte **Rotationsverfahren**, bei dem der leitende Auditor durch einen Ko-Auditor, eine Pflegedienstleitung einer jeweils anderen Einrichtung begleitet wurde, wurde 2008 mit großem Erfolg in die Routine überführt. In 2009 sollten auch die Ko-Auditoren die Qualitätsmanagementhandbücher (QMB) drei Wochen vor dem Audit zur Durchsicht erhalten, um sich noch stärker in den Revisionsprozess einbringen zu können, was jedoch nicht durchgehend umgesetzt werden konnte.

Alle Elemente der Prüfung inklusive der Bewertung der Leistungen wurden gemeinsam vorgenommen, wobei das Votum des leitenden Auditors den Ausschlag gibt.

Auf vorliegende **Dokumente** wurde Bezug genommen, bei nicht schlüssigen Prozessbeschreibungen Fragen zur Durchdringung und Nachhaltigkeit gestellt bzw. Hinweise und Empfehlungen gegeben. Hierzu wurden auch die im Vorjahr erstellten Revisionsberichte und von den Einrichtungen auf dieser Grundlage erstellten Maßnahmenkataloge herangezogen und mit den Ergebnissen abgeglichen.

Während der Revisionen wurden möglichst alle Mitarbeiter, die sich maßgebend in die Qualitätsarbeit ihrer Einrichtung einbringen, in die **Dialoge** eingeschlossen. An ihnen nahmen die Führungskräfte (Geschäftsführung, Ärztliche Leitung, Pflegedienstleitung, aber auch Chef- und Oberärzte, Stations- bzw. Wohnbereichsleitungen) und die Qualitätsbeauftragten sowie zum Teil die für einen Bereich verantwortlich Beauftragten (z.B. Hygienebeauftragte, Sicherheitsbeauftragte etc.) teil. Darüber hinaus wurden durch das jeweilige Bezugs-Pflegefachpersonal per Zufallsstichprobe gezogene Patienten und Bewohner vorgestellt und überprüft, ob der Pflegeprozess systematisch umgesetzt wurde. Zu den Abschlussveranstaltungen wurden alle Mitarbeiter eingeladen.

Die Dialoge fanden in einer kooperativen und kollegialen Gesprächsatmosphäre statt, im Vordergrund stand ein lösungsorientierter Ansatz.

Die **Revisionsberichte** enthalten Empfehlungen und Hinweise und stellen die Arbeitsgrundlage für weitere Verbesserungsmaßnahmen bzw. **Maßnahmenkataloge** der Einrichtungen dar, aus denen die einzelnen Maßnahmen, die zu ihrer Umsetzung eingeräumten Zeitrahmen und Verantwortlichkeiten ersichtlich sind. Die Maßnahmenkataloge werden in GroupWise gestellt, für die Frau Dr. Katja Lehmann-Giannotti, Bereichsdirektorin des Geschäftsbereiches Produkte und Andreas Dietel, leitender Auditor, das Leserecht besitzen. Seit 2008 werden darüber hinaus alle Berichte erstmals im Internet veröffentlicht, wobei bewohner- und patientenrelevante Daten geschwärzt sind.

In allen Betrieben fand neben der Dokumentenprüfung der QM-Literatur eine umfassende **Begehung** statt. Hier wurden entsprechend der Vorgaben des SGB V und XI und (für die Heime) des Heimgesetzes die Umsetzung der Gestaltung, insbesondere aber die Einhaltung von Hygiene und Sauberkeit überprüft. Die Kriterien der Sauberkeit und Hygiene umfassten ebenso die Einhaltung der HACCP für die Küchenbereiche. Es wurden dabei ausschließlich die Verteilerküchen auf den Wohnbereichen berücksichtigt.

Darüber hinaus erfolgte eine Prüfung der **direkten pflegerischen und ggf. ärztlichen Ergebnisqualität** bei mindestens 5 Patienten/Bewohnern (abhängig von der Größe des Betriebes auch mehr). Parallel hierzu wurde die dazugehörige pflegerische, ärztliche und therapeutische Dokumentation anhand eines festgelegten Kriterienkataloges bewertet. Einige der stichprobenartig ausgewählten Bewohner / Patienten wurden im Anschluss durch die jeweiligen Bezugs-Pflegefachkräfte vorgestellt und Veränderungen / Fortschritte des Bewohners / Patienten seit seiner Aufnahme auf Grundlage der medizinischen Dokumentation nachvollzogen. Auch in 2008 lag somit der **Schwerpunkt im Bereich der Ergebnisqualität**.

Im Abschlussgespräch wurde das Prüfungsergebnis ausgewertet und die entsprechend erkannten Stärken und Defizite zusammengefasst. Sofern ein dringender Handlungsbedarf notwendig erschien, wurde dieses im Anschluss besprochen und Maßnahmen, falls erforderlich als detaillierte und datierte Zielvereinbarungen, festgelegt.

Die Prüfgrundlagen und das Prüfverfahren waren mit allen Betrieben abgestimmt und dort auch aus den Vorjahren in allen Einzelheiten bekannt.

4 Prüfungsergebnisse

Nachfolgend werden ausgewählte Kriterien und die dabei erzielten Ergebnisse anhand einer mit Text beschriebenen dreistufigen Farbskala (ja, VP, nein) oder in Schulnoten, die durch eine fünfstufige Farbskala unterlegt sind, zusammengefasst. Die vollständigen Beschreibungen finden sich in den Revisionsberichten der Unternehmensbeteiligungen.

Farbkodierungen:

sehr gut
gut bzw. Kriterium vorhanden ('Ja')
befriedigend bzw. Verbesserungspotential (VP)
ausreichend
mangelhaft bzw. Kriterium nicht vorhanden ('Nein') bzw. nicht ausreichend (n.a.)

Abkürzungen:

- n.a. = nicht ausreichend
- k.B. = keine Bewertung
- t.n.z. = trifft nicht zu
- Ü = Überarbeitung
- VP = Verbesserungspotential

4.1 Bauliches, Wohnliches, Orientierung¹

4.1.1 Zusatzleistungen der Einrichtung

Es wird unterschieden zwischen Regel- und Zusatzleistungen. Zusatzleistungen müssen von Pflegekasse und Heimaufsicht genehmigt werden. Der Aspekt ist für die Diakoniestationen, das Krankenhaus und die Reha-Kliniken nicht relevant.

	Zusatzleistungen vorhanden	keine Zusatzleistungen
SZKÖ		nein
SZFR		nein
SZLI		nein
SZOE		nein
SZWI		nein
SZWE		nein
SZTR		nein
SZMÜ	ja	

¹ Diakoniestationen: Nur Orientierung

4.1.2 Wohnraumgestaltung

Unter diesem Kapitel werden die im Einrichtungskonzept den Bewohnern garantierten Möglichkeiten verstanden, ihre Zimmer individuell zu gestalten (vgl. Kapitel 4.5, Bewertungen ihres Umfeldes durch Bewohner). Hierzu werden folgende Aspekte bewertet, die für Diakoniestationen, das Krankenhaus und die Reha-Kliniken nicht relevant sind:

- **Individuelle Gestaltung** des Zimmers (Einbettzimmer) bzw. des teilenden Zimmers (Mehrbettzimmer) mit eigenen Möbeln möglich
- **Mitnahme persönlicher Gegenstände** / Erinnerungsstücke ist möglich
- Mitnahme **eigener Wäsche** möglich
- **Abschließbare Schubladen oder Fächer** stehen für jeden Bewohner zur Verfügung

	Gestaltung d. Zimmers	Mitnahme pers. Gegenstände	Mitnahme Wäsche	Schubladen, Schließfächer
SZKÖ	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja
SZLI	VP	VP	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja

4.1.3 Ausstattung

4.1.3.1 Ausstattung der Wohnbereiche / Stationen

Hierunter werden folgende Aspekte zusammengefasst:

- **stufenloser Eingang** zur Einrichtung
- **Aufzüge** mit großen, für Rollstuhlfahrer erreichbaren Bedienelementen (Höhe unter 1,20 m)
- **Handläufe** auf allen Fluren
- **Haltegriffe im Sanitärbereich** (Toiletten, Duschen, Badewannen)
- **Behindertengerechtes Bad** und Toilette auf jeder Etage
- **Fäkalienspülen** im unreinen Arbeitsraum

	Stufenloser Eingang	Aufzüge	Handläufe	Haltegriffe	Behinderteng. Bad	Fäkalienspüle
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZLI	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja

KHBE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
RKWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
RKTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja

4.1.3.2 Ausstattung der Bewohner- und Patientenzimmer

- Intakte und erreichbare **Rufanlage**
- **Höhenverstellbare Pflegebetten**
- Fußboden **rutschfest**
- Intakte **Nachtbeleuchtung**
- Allgemeine **Orientierungshilfen** (Beschriftung Speiseraum, WC, Büros, etc.)

	Rufanlage	Pflegebetten	Fußboden rutschfest	Nachtbeleuchtung	Allgemeine Orientierung
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja
SZLI	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja

KHBE	ja	ja	ja	ja	ja
RKWE	ja	ja	ja	ja	ja
RKTR	ja	ja	ja	ja	ja

PDFR	t.n.z.	ja	ja	t.n.z.	ja
PDLI	t.n.z.	ja	ja	t.n.z.	ja
PDOE	t.n.z.	ja	ja	t.n.z.	VP
DSWE	t.n.z.	ja	ja	t.n.z.	VP

4.1.3.3 Ausstattung für gerontopsychiatrische Bewohner

Folgende Kriterien sind auf die Seniorenzentren angewandt worden:

- **Bewegungs-** und **Aufenthaltsmöglichkeiten** auch während der Nacht
- Identifikationserleichternde **Milieugestaltung** in Zimmern und Aufenthaltsräumen
- Angemessene **Beleuchtung** in den unterschiedlichen Wohn- und Aufenthaltsbereichen
- Individuelle **Orientierungshilfen**

	Bewegungs- / Aufenthaltsm.	Milieugestaltung	Angemessene Beleuchtung	Individuelle Orientierungshilfe
SZKÖ	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
SZFR	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
SZLI	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
SZOE	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
SZWI	ja	ja	ja	ja
SZWE	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
SZTR	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
SZMÜ	ja	ja	ja	ja

4.1.3.4 Regelungen für den Einzug des Bewohners nach Diakonie-Siegel Pflege

Diese Frage wird wiederum ausschließlich auf die Seniorenzentren angewandt:

	ja	nein
SZKÖ	ja	
SZFR	ja	
SZLI	ja	
SZOE	ja	
SZWI	ja	
SZWE	ja	
SZTR	ja	
SZMÜ	ja	

4.1.4 Brandschutz / Gebäude- und Geländesicherheit

In den folgenden Tabellen sind die Kriterien der Anforderungen aus dem Diakonie-Siegel Pflege F 4.3 Brandschutz und F 4.6 Gebäude- und Geländesicherheit in den Kategorien

- **Verfahrensanweisung (VA)** zur Anforderung vorhanden und geeignet
- Begehungen / **Überprüfungen** finden statt

- **Maßnahmenpläne** werden erstellt
- Obligatorische und **regelmäßige Schulungen** finden statt
- Teilnahme (TN) an **Pflichtschulungen** wird **überprüft**

dargestellt.

4.1.4.1 Brandschutz

	VA	regelmäßige Begehungen	Aushang Flucht-/Rettungspläne	Maßnahmenpläne	Pflichtschulungen	TN wird überprüft
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja	VP
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZLI	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	VP
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja

KHBE	k.B.	k.B.	ja	k.B.	k.B.	k.B.
RKWE	k.B.	k.B.	ja	k.B.	k.B.	k.B.
RKTR	k.B.	k.B.	ja	k.B.	k.B.	k.B.

PDFR	ja	k.B.	ja	ja	ja	ja
PDLI	ja	k.B.	ja	ja	ja	ja
PDOE	ja	ja	VP	ja	ja	ja
DSWE	ja	k.B.	ja	VP	ja	ja

4.1.4.2 Gebäude- und Geländesicherheit

	VA	regelmäßige Begehungen	Maßnahmenpläne	Pflichtschulungen	TN wird überprüft
SZKÖ	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja
SZLI	VP	VP	VP	VP	VP
SZOE	ja	ja	ja	nein	nein
SZWI	ja	ja	ja	k.B.	k.B.
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	VP
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja

KHBE	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
RKWE	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
RKTR	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.

PDFR	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
PDLI	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
PDOE	ja	ja	ja	t.n.z.	t.n.z.
DSWE	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.

4.1.4.3 Medizinprodukte bzw. ‚Pflegehilfsmittel‘

In der folgenden Tabelle sind die Kriterien der Anforderungen aus dem Diakoniesiegel Pflege F 4.4 Wartungs- und Kontrollsystem in den Kategorien

- **Bestandsverzeichnis** der Medizinprodukte
- **Verfahrensweisung (VA)** zur Anforderung vorhanden und geeignet
- **Regelmäßige Überprüfungen** finden statt
- **Maßnahmenpläne** werden erstellt
- Obligatorische und **regelmäßige Schulungen** finden statt
- Teilnahme (TN) an **Pflichtschulungen** wird überprüft

dargestellt.

	Bestandsverzeichnis	VA	regelmäßige Prüfungen	Maßnahmenpläne	Pflichtschulungen	TN wird überprüft
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZKÖ	n.a.	ja	ja	ja	ja	ja
SZLI	ja	VP	VP	ja	ja	n.a.
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	k.B.	n.a.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
KHBE	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
RKTR	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
RKWE	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
DSFR	ja	VP	ja	VP	ja	ja
DSLII	ja	ja	ja	ja	ja	ja
DSWE	k.B.	n.a.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.

4.2 Ordnung, Sauberkeit, Hygiene

In den folgenden Tabellen sind die Kriterien der Anforderungen aus dem Diakoniesiegel Pflege F 4.5 Hygiene und K 2.4 Reinigung zugrunde gelegt, hier jedoch in Auszügen dargestellt.

4.2.1 Hygiene

Folgende Aspekte werden in der Tabelle dargestellt:

- **Verfahrensweisung (VA)** zur Anforderung vorhanden und geeignet

- **Struktur** zum Hygienemanagement ist vorhanden (Hygienebeauftragte, Begehungen, Hygienekommission etc.)
- **Begehungen** / Überprüfungen finden statt
- **Maßnahmenpläne** werden erstellt
- Obligatorische und **regelmäßige Schulungen** finden statt
- Teilnahme (TN) an **Pflichtschulungen** wird überprüft
- **Aushang** aktueller **Hygienepläne**

	VA	Struktur Hygienemanagement	regelmäßige Begehungen	Maßnahmenpläne	Pflichtschulungen	TN wird überprüft
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZLI	VP	ja	ja	VP	VP	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	k.B.	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja	VP
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	VP	ja

KHBE	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
RKWE	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
RKTR	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.

PDFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDLI	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDOE	ja	ja	nein	VP	VP	VP
DSWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja

4.2.2 Reinigung

Für die Güte der Reinigung werden folgende Kriterien dargestellt, die die Struktur der Einrichtung widerspiegeln:

- Ein **Reinigungskonzept** liegt vor (→ siehe Kap. 4.3.2.2 Konzepte Hauswirtschaftskonzept)
- **Eine Verfahrensanweisung** (VA) zur Anforderung ist vorhanden und geeignet
- **Begehungen** finden statt
- **Maßnahmenpläne** werden erstellt
- Obligatorische und **regelmäßige Schulungen** der Mitarbeiter finden statt
- Teilnahme (TN) an **Pflichtschulungen** wird überprüft

	VA	Begehungen	Maßnahmenpläne	Pflichtschulungen	TN wird überprüft
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	k.B.
SZFR	ja	ja	ja	ja	k.B.
SZLI	VP	VP	ja	k.B.	VP
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	k.B.	k.B.

KHBE	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
RKWE	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
RKTR	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.

PDFR	ja	ja	ja	ja	ja
PDLI	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
PDOE	ja	ja	ja	ja	k.B.
DSWE	ja	ja	ja	VP	ja

4.2.3 Wäscheversorgung

Für die Bewertung der Güte der Wäscheversorgung werden folgende Strukturkriterien herangezogen:

- Ein Konzept zur Wäscheversorgung liegt vor (→ siehe Kap. 4.3.2.2 Konzepte Hauswirtschaftskonzept)
- **Eine Verfahrensanweisung (VA)** zur Anforderung ist vorhanden und geeignet
- **Begehungen** finden statt
- **Maßnahmenpläne** werden erstellt
- Obligatorische und **regelmäßige Schulungen** der Mitarbeiter finden statt
- Die Teilnahme (TN) an **Pflichtschulungen** wird überprüft

	VA	Begehungen	Maßnahmenpläne	Pflichtschulungen	TN wird überprüft
SZKÖ	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
SZFR	ja	k.B.	ja	ja	ja
SZLI	VP	nein	nein	nein	nein
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	k.B.	k.B.	k.B.
SZMÜ	ja	ja	ja	k.B.	k.B.

	VA	Begehungen	Maßnahmenpläne	Pflichtschulungen	TN wird überprüft
KHBE	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
RKWE	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
RKTR	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.

PDFR	ja	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
PDLI	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
PDOE	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
DSWE	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.

4.2.4 Verpflegung

Für die Bewertung der Güte der Verpflegung werden folgende Strukturkriterien herangezogen:

- Ein Konzept zur Verpflegung liegt vor (→ siehe Kap. 4.3.2.2 Konzepte Hauswirtschaftskonzept)
- **Eine Verfahrensanweisung (VA)** zur Anforderung ist vorhanden und geeignet
- Die Einhaltung der **Richtlinien und Standards** (HACCP, LmG, Verordnungen zur Lebensmittelhygiene) werden durch **Begehungen** regelmäßig überprüft
- **Maßnahmenpläne** werden erstellt
- Obligatorische und **regelmäßige Schulungen** der Mitarbeiter finden statt
- Die Teilnahme (TN) an **Pflichtschulungen** wird überprüft

	VA	Begehungen	Maßnahmenpläne	Pflichtschulungen	TN wird überprüft
SZKÖ	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja
SZLI	VP	ja	nein	VP	VP
SZOE	ja	ja	ja	ja	VP
SZWI	ja	ja	k.B.	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	VP	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	VP	ja	ja	nein	nein

KHBE	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
RKWE	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
RKTR	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.

PDFR	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
PDLI	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
PDOE	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
DSWE	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.

4.3 Konzepte und Standards

4.3.1 Fachliche Schwerpunkte

Es liegt ein pflegfachlicher Schwerpunkt im Sinne des Gesetzes vor, wenn z.B. mehr als 50 % der Betreuten dementiell erkrankt sind und eine mit den Kassen abgestimmte spezielle Dementenbetreuung erfolgt. Ein pflegfachlicher Schwerpunkt setzt eine umfassende Ausrichtung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität voraus. Ein pflegfachlicher Schwerpunkt ist nicht zwingend vorgeschrieben.

	Schwerpunkte vorhanden	Wenn ja, welcher?
SZKÖ	nein	
SZFR	nein	
SZLI	nein	
SZOE	nein	
SZWI	nein	
SZWE	nein	
SZTR	nein	
SZMÜ	ja	Gerontopsychiatrischer und beschützender Bereich
KHBE	ja	Perioperative Schmerztherapie, Endoskopie, Endoprothetik
RKWE	ja	Geriatrische Reha, Amb. Angebote Physioth. / Ergoth.
RKTR	ja	Geriatrische Reha, Amb. Angebote: Kinderlogopädie / -ergotherapie
PDFR	nein	
PDLI	nein	
PDOE	nein	
DSWE	ja	Niederschwellige Betreuungsangebote nach §45c SGB XI: Demenzgruppen

4.3.2 Konzepte

4.3.2.1 Pflegeleitbild

Das Diakoniewerk-Siegel Pflege nimmt in K 1.1 Pflegeleitbild, KTQ in 5.11 Entwicklung eines Leitbildes auf dieses Thema Bezug.

In allen Unternehmensbeteiligungen existieren die **Leitbilder**, werden regelmäßig während der **Teamsitzungen**, **Fortbildungen** und zur **Einführung** neuer Mitarbeiter thematisiert und sind den **Mitarbeitern** nachweislich bekannt. In allen Einrichtungen **hängen die Leitbilder aus**, in fast allen auch auf allen **Wohnbereichen / Stationen**.

	Leitbilder	Thematisierung der Leitbilder	Einführung neuer Mitarbeiter	Aushang in allen Bereichen
SZKÖ	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja
SZLI	k.B.	k.B.	ja	k.B.
SZOE	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja

KHBE	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
RKWE	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
RKTR	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.

PDFR	ja	ja	ja	ja
PDLI	ja	ja	ja	ja
PDOE	ja	ja	ja	ja
DSWE	ja	ja	k.B.	ja

4.3.2.2 Pflegekonzept

Im Diakonie-Siegel Pflege und in KTQ wird in ‚K 1.2 Pflegekonzept‘ bzw. in 5.1.1 Entwicklung eines Leitbildes / 5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur der Aspekt thematisiert. Überprüft wurde folgende thematische Ausrichtung in den Konzepten:

- Aussagen zum **Pflegemodell**
- Aussagen zum **Pflegesystem**
- Aussagen zum **Pflegeprozess**
- Aussagen zur **innerbetrieblichen Kommunikation**
- Aussagen zur **räumlichen Ausstattung**
- Aussagen zur **personellen Ausstattung**
- Aussagen zur **sachlichen Ausstattung**
- Aussagen zur **Leistungsbeschreibung**
- **Anwendung** von geltenden **Pflegestandards und Leitlinien**
- Aussagen zum **Qualitätssicherungssystem**
- Aussagen zur **Kooperation** mit anderen Diensten und Zusammenarbeit mit an der Pflege beteiligten
- Mitarbeitern ist **Konzept bekannt**

	Modell	System	Prozess	Kommunikation	Ausstattung	Leistungsbeschreibung	Pflegestandards / Leitlinien	Qualitätssicherung	Kooperationen	Bekanntheit
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZLI	ja	ja	ja	ja	ja	VP	VP	VP	VP	VP
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	VP	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja

KHBE	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
RKW	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
RKTR	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.

PDFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDLI	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
DSW	ja	ja	ja	ja	ja	ja	VP	ja	ja	ja

4.3.2.3 Hauswirtschaftskonzept

Ausgewählte Kriterien:

- Aussagen zur Leistungsgestaltung **Verpflegung**
- Aussagen zur Leistungsgestaltung **Reinigung**
- Aussagen zur Leistungsgestaltung **Wäscheservice**
- Aussagen zur **Kooperation** mit anderen Diensten
- Aussagen zur **personellen Ausstattung**
- Ist das **Konzept** zur hauswirtschaftlichen Versorgung den **Mitarbeitern der Pflege bekannt?**
- Ist das **Konzept** zur hauswirtschaftlichen Versorgung den **Mitarbeitern der Hauswirtschaft bekannt?**

	VA	Leistungs- gestaltung Verpflegung	Leistungs- gestaltung Reinigung	Leistungs- gestaltung Wäscheservice	Kooperation mit anderen Diensten	Personelle Ausstattung	Bekanntheit bei Mitarbeitern der Hauswirtschaft	Bekanntheit bei Mitarbeitern der Pflege
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZLI	ja	VP	VP	VP	ja	ja	k.B.	k.B.
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	VP	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.	k.B.
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.	k.B.

KHBE	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
RKW	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
RKTR	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.

PDFR	VP	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	VP	ja	ja
PDLI	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
PDOE	ja	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	ja	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
DSW	VP	ja	ja	ja	VP	ja	ja	ja

4.3.2.4 Soziale Betreuung

Im Diakonie-Siegel Pflege werden in ‚K 3.2 Soziales Betreuungskonzept‘ die Ansprüche an ein Konzept formuliert. Hiervon werden folgende Kriterien tabellarisch aufgeführt:

- **Vollständigkeit** des Konzeptes in Bezug auf die Anforderung K 3.2
- **Kommunikation** des Programms (Aushang an den ‚schwarzen Brettern‘ aller Bereiche, auch für Rollstuhlfahrer und seheingeschränkte Bewohner lesbar)
- **Mitgestaltungsmöglichkeit** der Betreuungsangebote durch die Bewohner
- **Integration der Betreuung** in den Pflegeprozess: Werden Maßnahmen und die Reaktionen im Pflegebericht dokumentiert? Haben die Betreuer / Seelsorger Zugriff auf die Akten, um Ihre Notizen zu dokumentieren?
- **Befragung:** Zufriedenheit der Bewohner mit dem Angebot

	Vollständigkeit des Konzeptes	Kommunikation des Programms	Mitgestaltungsmöglichkeiten	Integration der Betreuung
SZKÖ	ja	ja	k.B.	ja
SZFR	VP	ja	ja	ja
SZLI	VP	ja	VP	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	k.B.	k.B.	ja
SZWE	VP	ja	VP	ja
SZTR	ja	ja	k.B.	ja
SZMÜ	VP	ja	ja	ja

Die soziale Betreuung und die Beratung erscheint in allen Seniorenzentren gut organisiert. Die Bewohner werden über das Angebot informiert und teilweise werden die Betreuungsleistungen auch schon in den Pflegeprozesse integriert. Die Dokumentation findet nicht mehr nur als ‚Durchführungsnachweises‘ statt. Betreuungsspezifische Planungen nehmen Bezug auf Pflegeprobleme und enthalten Ergebnisse bzw. Maßnahmenanpassungen (z.B. SZOE).

4.3.2.5 Kooperationen

Da die bis 2007 bestehenden Kooperationen gefestigt wurden und wesentliche Veränderungen nicht zu erwarten waren, ist dieser Aspekt 2009 wie auch 2008 nicht explizit geprüft worden.

4.3.2.6 Diakonisches Profil

Grundsätzlich wird in den Einrichtungen für Folgendes gesorgt:

- **Das Seelsorgeleitbild** ist vorhanden.
- Die Seelsorge wird von **Seelsorgern** vermittelt.
- **Mitarbeitern** der medizinischen/pflegerischen Bereiche wird vermittelt, dass die Bereitschaft zur Wahrnehmung seelsorgerischer Aufgaben von ihnen erwartet wird. Sie sollen über Grundkenntnisse in Bezug auf das Führen von Gesprächen mit religiösen Inhalten verfügen. Hierauf wird auch in den Stellenbeschreibungen Bezug genommen, d.h., sie sind **zur Führung von Gesprächen** religiöser Natur **qualifiziert**.
- Die **Zusammenarbeit** mit anderen **Konfessionen** wird gefördert.
- Die **Zusammenarbeit** mit umliegenden **Gemeinden** wird gesucht und gefördert (**Liste** über die zuständigen Pastoren/Pfarrer und Seelsorger liegt vor).
- **Ehrenamtliche Mitarbeiter** werden geworben und nach einem festen Schema eingearbeitet.
- Diakonische Anforderungen sind in den **Stellen- und Aufgabenbeschreibungen** für Mitarbeiter und Ehrenamtliche hinterlegt.

- Das diakonische Profil ist **Bestandteil der Checkliste** zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter und Ehrenamtlicher.

	Leitbild	Seelsorger vorhanden	MA qualifiziert	Zusammenarbeit Konfession	Zusammenarbeit Gemeinden	Ehrenamtliche	Checkliste	Stellenbeschreibungen
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	k.B.	ja	nein	nein
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.
SZLI	ja	ja	ja	ja	ja	nein	nein	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	VP	t.n.z.
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	VP
KHBE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.	k.B.
RKWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.	k.B.
RKTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.	k.B.
PDFR	ja	ja	ja	ja	ja	t.n.z.	t.n.z.	nein
PDLI	ja	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.	ja
PDOE	ja	ja	ja	ja	ja	t.n.z.	t.n.z.	nein
DSWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein

Darüber hinaus werden folgende Kriterien erfragt, die im Katalog des Diakoniesiegels aufgeführt sind:

- Ausstattung der Bewohner- und Patientenzimmer mit dem **Neuen Testament (NT)** (Pflegedienste: t.n.z.)
- Die Einrichtungen halten in den Gemeinschafts- und Diensträumen einen **Satz NT, Gesangsbücher (Feiern und Loben und je nach Region zusätzlich ein evangelisches und / oder katholisches Gesangsbuch)** und einen **Aussegnungsset** vor. Bibeln und Gesangsbücher werden mit Einlageblättern o.ä. ausgestattet, die einen Schnellzugriff auf besonders geeignete Texte und Lieder ermöglichen.
- Die Unternehmensbeteiligungen halten **weitere Fachliteratur** vor, die jedem Mitarbeiter jederzeit zur Verfügung steht.
- Die vorhandene Literatur ist auf einer **aktuellen Literaturliste** aufgeführt.
- Die **Angebotsübersicht zur Seelsorge** hängt gut sichtbar und lesbar an allen ‚schwarzen Brettern‘ der Einrichtungen.
- Das Thema „**Arbeiten in christlicher Verantwortung**“ ist Bestandteil von Vor- und **Einstellungsgesprächen**, der individuellen Einarbeitung neuer Mitarbeiter und (sofern vorhanden) von Einführungsseminaren für neue Mitarbeiter. Im Alltag, in den laufenden Dienstbesprechungen sowie in Mit-

arbeitergesprächen wird es immer wieder aufgenommen. Eine offene Aussprache wird ermöglicht.

- **Spirituelle Bedürfnisse von Patienten und Bewohnern** werden individuell ermittelt und berücksichtigt. Es ist geregelt, durch wen und in welchem Rahmen diese Bedürfnisse erfasst werden. Die Dokumentation erfolgt in der Patienten-/Bewohnerakte.
- Jeder **Mitarbeiter erhält ein Neues Testament** (z.B. in Zusammenarbeit mit dem Gideonbund).
- Die **Umsetzung des Leitbildes** der Seelsorge und dieses Rahmenkonzeptes wird regelmäßig **evaluiert**. Hierfür werden in der UB/im AF geeignete Instrumente entwickelt. Die Ergebnisse werden dokumentiert, um Schlussfolgerungen abzuleiten und im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses tätig zu werden.

	Zimmer - NT	Bibel / Gesangsbuch	Fachliteratur	Literaturliste	Angebot Seelsorge	Einstellungs-gespräche	Bedürfnisse Pat./BW	MA - Ausstattung	Evaluation
SZKÖ	ja	ja	nein	nein	ja	VP	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZLI	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja	VP	ja	VP	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	VP	VP	ja	VP

KHBE	ja	ja	k.B.	k.B.	ja	k.B.	ja	ja	k.B.
RKWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	VP	ja	k.B.
RKTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	VP	ja	k.B.

PDFR	t.n.z.	ja	ja	ja	ja	ja	VP	k.B.	ja
PDLI	t.n.z.	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDOE	t.n.z.	ja	ja	ja	ja	k.B.	VP	ja	k.B.
DSWE	t.n.z.	ja	ja	ja	ja	ja	VP	ja	ja

Anmerkung: Die Bibeln werden laufend nachbestellt, da die in den Patientenschränken ausgelegten zum Teil entwendet werden.

Angebote für Bewohner und Patienten gliedern sich wie folgt:

- **Seelsorgerische / diakonische Bedürfnisse** werden im Rahmen der Erstgespräche / bei Aufnahme des Bewohners / Patienten erfragt und dokumentiert.
- **Diakonische Angebote** (Andachten und Gottesdienst, Adressen umliegender Gemeinden und deren Veranstaltungsangebote) werden am ‚schwarzen Brett‘ bekannt gemacht.
- **Seelsorgerische Betreuung / Zuwendung / Informationen / Teilnahme an Gottesdienste** wird angeboten bzw. ermöglicht.

- **Die Zufriedenheit mit dem Angebot wird regelmäßig evaluiert.**

	Bedürfnisse Pat. / BW	Angebote Gottesd.	Seelsorge / Informationen etc.	Evaluation
SZKÖ	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja
SZLI	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja

KHBE	ja	ja	ja	k.B.
RKWE	ja	ja	k.B.	k.B.
RKTR	ja	ja	VP	ja

PDFR	nein	ja	nein	ja
PDLI	ja	ja	k.B.	k.B.
PDOE	VP	ja	ja	ja
DSWE	ja	ja	ja	VP

Angebote für Mitarbeiter umfassen folgende Kriterien:

- Regelmäßiger **Tagesordnungspunkt** der protokollierten Dienstbesprechungen sowie in Mitarbeitergesprächen
- Interne und externe **Fortbildungen**, die der Auseinandersetzung mit dem diakonischen Profil der UB / des AF dienen, werden angeboten bzw. die Mitarbeiter für die Teilnahme freigestellt.
- **Supervision** für MA erfolgt
- **Seelsorgeangebote** für Mitarbeiter, insbesondere auch für Menschen in persönlichen Krisensituationen, werden angeboten und am ‚schwarzen Brett‘ veröffentlicht.
- Um **Abschied** nehmen zu können, wird die Teilnahme von Mitarbeitern an Aussegnungen und Beerdigungen **ermöglicht**.

	TOP Dienstbespre- chungen	Teilnahme an int./ ext. Fort- bildungen	Supervision	Seelsorgeange- bote für MA	Teilnahme an Auszeichnungen
SZKÖ	VP	VP	ja	k.B.	VP
SZFR	ja	ja	ja	ja	VP
SZLI	ja	ja	VP	VP	VP
SZOE	ja	ja	VP	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	VP	ja	VP
SZTR	VP	ja	nein	ja	k.B.
SZMÜ	VP	ja	ja	VP	ja

KHBE	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
RKWE	ja	ja	k.B.	k.B.	k.B.
RKTR	ja	ja	k.B.	k.B.	k.B.

PDFR	ja	ja	ja	ja	VP
PDLI	ja	ja	ja	ja	ja
PDOE	k.B.	ja	k.B.	k.B.	ja
DSWE	ja	ja	VP	ja	ja

Zur Begleitung von Schwerkranken und Sterbenden werden folgende Kriterien bewertet:

- **Verfahrensanweisungen** (VA) oder Standards zur Begleitung von Schwerkranken und Sterbenden (auch nachts) liegen vor (bspw. wird dort die Dokumentation und Unterstützung der Wünsche des Sterbenden durch die Mitarbeiter – z.B. Sterben in der gewohnten Umgebung – geregelt; bei Bedarf: Durchführung christlicher Sterbe- und Trauerrituale und Einbeziehung der Heimatgemeinde, wenn gewünscht).
- **Maßnahmen im Todesfall** sind in der Regelung zu Notfällen schriftlich niedergelegt.
- Respektierung **andere religiöser Kulturen** und Rituale, auf Wunsch Vermittlung von Kontakten zu entsprechenden Einrichtungen
- Bei Bedarf wird das **Krankenabendmahl** im **Zimmer** des Bewohners / Patienten oder **zu Hause** durchgeführt.
- **Utensilien** zur Gestaltung eines würdigen Abschieds werden in den Einrichtungen auf den Wohnbereichen / Stationen vorgehalten.
- **Sterbende** werden auch während der Nacht ihren Bedürfnissen gemäß begleitet und versorgt.
- Mitarbeiter sind **qualifiziert**, den Sterbenden zu begleiten
- Die Umsetzung der VA und Standards wird regelmäßig überprüft bzw. **evaluiert**.

	VA	Regelung Notfall	Respekt anderer Religionen	Kranken-abendmahl	Utensilien	Versorgung Sterbender auch während der Nacht	Qualifikation der MA	Evaluation
SZKÖ	ja	VP	ja	ja	ja	ja	k.B.	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.
SZLI	ja	VP	VP	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	VP	ja	ja	ja	VP	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	k.B.	VP	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	ja	k.B.
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja

KHBE	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
RKWE	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
RKTR	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.

PDFR	VP	ja	ja	t.n.z.	VP	k.B.	ja	VP
PDLI	ja	ja	ja	ja	t.n.z.	ja	ja	ja
PDOE	VP	k.B.	ja	ja	ja	ja	ja	ja
DSWE	VP	VP	ja	ja	ja	t.n.z.	VP	VP

4.3.3 Standards / Leitlinien

4.3.3.1 Medizinischer / pflegerischer Bereich

Folgende Aspekte wurden überprüft:

- **Einführung** der Nationalen **Expertenstandards (NES)**
- Einrichtungsindividuell erstellte **Pflegestandards** zur Behandlungspflege
- Einführung medizinischer **Leitlinien**
- Einführung **hygienischer Standards**
- **Evaluation** (bei den NES: Audit nach Empfehlung des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP))

	NES	individuelle Pflegestandards	Med. Leitlinien	Hygienestandards	Evaluation
SZKÖ	VP	ja	t.n.z.	ja	VP
SZFR	VP	ja	t.n.z.	ja	VP
SZLI	VP	VP	t.n.z.	VP	VP
SZOE	VP	ja	t.n.z.	ja	VP
SZWI	VP	ja	t.n.z.	ja	VP
SZWE	ja	ja	t.n.z.	ja	VP
SZTR	VP	ja	t.n.z.	ja	VP
SZMÜ	VP	VP	t.n.z.	ja	VP

	NES	individuelle Pflegestandards	Med. Leitlinien	Hygiene- standards	Evaluation
KHBE	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
RKWE	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
RKTR	VP	ja	ja	ja	VP
PDFR	VP	ja	t.n.z.	ja	VP
PDLI	VP	ja	t.n.z.	ja	VP
PDOE	VP	ja	t.n.z.	ja	VP
DSWE	k.B.	VP	t.n.z.	ja	VP

4.3.3.2 Beratung / Soziale Betreuung

Für den Bereich Beratung und der sozialen Betreuung werden folgende Fragen gestellt:

- **Verfahrensanweisungen (VA)** vorhanden?
- Wird die **Integration** der zielgerichteten Beratung und sozialen Betreuung **in den Pflegeprozess** sicher gestellt? Gehen Einzelbetreuung und Beratungen auf die in der Pflegeanamnese / Biografie / Pflegeplanung dokumentierten Unterstützungsbedarfe ein? Werden Maßnahmen und Ergebnisse in der Pflegedokumentation erwähnt?
- Werden **Angebote ausgehängt / bekannt** gemacht?
- Können Bewohner über ihren Heimbeirat an der Erstellung des Betreuungsprogramms mitwirken?
- **Heimfürsprecher / Patientenfürsprecher** sind benannt. Berichte der Fürsprecher liegen vor. Aus den Berichten werden Maßnahmen abgeleitet und deren Erfolg überprüft.
- Die **Beratungs- und Betreuungsmaßnahmen** werden regelmäßig auf Ihren Erfolg **überprüft**. Anpassungen des Programms werden vorgenommen.

	VA	Integration in den Pflegeprozess	Bekanntheit / Aushang	Mitwirkung Heimbeirat	Heimfürsprecher / Patientenfürsprecher	Evaluation
SZKÖ	ja	ja	ja	k.B.	ja	ja
SZFR	VP	ja	ja	ja	ja	ja
SZLI	VP	ja	VP	VP	VP	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	k.B.	k.B.	ja
SZWE	VP	ja	ja	VP	k.B.	VP
SZTR	ja	ja	ja	k.B.	VP	ja
SZMÜ	VP	ja	ja	ja	ja	ja

KHBE	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
RKWE	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
RKTR	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.

PDFR	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
PDLI	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
PDOE	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
DSWE	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.

4.3.3.3 Technischer Dienst / Hauswirtschaft

Gefragt wird, ob in diesen Bereichen Standards umgesetzt wurden und regelmäßig überprüft werden. Die **Hauswirtschaft** wird hier in die Bereiche Speise- und Wäscheversorgung sowie Reinigung unterteilt.

	Technischer Dienst	Speiseversorgung	Reinigung	Wäscheversorgung	Evaluation
SZKÖ	ja	VP	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja
SZLI	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	k.B.
SZWI	ja	ja	VP	VP	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	VP	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	k.B.

KHBE	ja	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
RKWE	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
RKTR	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.

PDFR	ja	VP	ja	ja	t.n.z.
PDLI	ja	k.B.	k.B.	k.B.	t.n.z.
PDOE	ja	ja	ja	ja	t.n.z.
DSWE	VP	VP	ja	VP	t.n.z.

* Die Antwort bezieht sich auf die Aufgaben des technischen Dienstes, der unterstützt durch externe Berater, die Bereiche Arbeitsschutz, Brandschutz, Gebäude- und Geländesicherheit sowie Wartungs- und Kontrollsystem abdeckt.

4.4 *Pflegerisches, ärztliches und therapeutisches Management*

4.4.1 Ablauforganisation

4.4.1.1 Erstkontakt / Erstgespräch / Aufnahme

- **Verfahrensanweisungen** (VA) vorhanden
- **Checkliste** für den Erstkontakt für Mitarbeiter am Abend, an Wochenenden und Feiertagen ist vorhanden.
- Im **Erstgespräch** werden die für die Pflege, den Sozialdienst relevanten Informationen gesammelt und dokumentiert.
- Die **Weiterleitung** der Informationen an die Bezugspflegefachkräfte vor der Aufnahme ist sichergestellt. Ggf. können geeignete Maßnahmen eingeleitet werden. Die Pflegeplanung beginnt mit dem Erstgespräch.
- **Checkliste Aufnahme:** Am Tag der Aufnahme sind alle notwendigen Vorbereitungen für eine reibungslose Aufnahme abgeschlossen. Der Wohnbereich / die Station ist informiert.
- Die **Aufnahme** erfolgt reibungslos – alle notwendigen Informationen werden erhoben und weitergeleitet (Pflegedienst, Arztdienst, Hauswirtschaft, Therapie, etc.).
- Die **Zufriedenheit** mit dem Ablauf des Erstgespräches / der Aufnahmen (z.B. Wartezeiten?) und mit dem Einleben in die Einrichtung (Seniorenzentren) wird regelmäßig **evaluiert**.

	VA	Checkliste Erstkontakt	Erstgespräch: Info-Sammlung	Weiterleitung	Checkliste Aufnahme	Evaluation
SZKÖ	ja	ja	VP	VP	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZLI	nein	VP	ja	VP	VP	VP
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	VP
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	VP	ja	VP	ja	VP
SZTR	ja	VP	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	VP	VP	VP
KHBE	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
RKWE	k.B.	ja	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
RKTR	k.B.	ja	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.

	VA	Checkliste Erstkontakt	Erstgespräch: Info-Sammlung	Weiterleitung	Checkliste Aufnahme	Evaluation
PDFR	ja	ja	ja	ja	t.n.z.	ja
PDLI	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDOE	VP	nein	ja	VP	ja	VP
DSWE	VP	ja	ja	ja	ja	nein

4.4.1.2 Dienstplan / Tourenplan

Kriterien eines vollständigen Dienstplans / zusätzlich in den Diakoniestationen:
Tourenpläne:

- **Beschriftung** (Name der Einrichtung, Einsatzbereich, Gültigkeitszeitraum)
- **Dreizeiligkeit:** Vor-/Zunahme, Qualifikation, Regelarbeitszeiten
- **Soll-/Ist-Planung** bzw. Abgleich
- **Legende** der Abkürzungen
- **Sonderzeiten** (Teambesprechungen, Pausen, Übergabefenster etc.)
- **24-Stunden-Erreichbarkeit (ambulant)**
- Ausweisung von **Ausfallzeiten**
- Berücksichtigung von **Freistellungen, Anleitungszeiten** (Praxisanleiter),
Urlauben und Sonderaufgaben
- **Dokumentenechtheit**
- **Datum** der Erstellung mit Unterschrift der verantwortlichen Personen / PDL
(Freigabe)
- Der Zeitpunkt der **Veröffentlichung** soll mindestens **vier Wochen** vor dem
Inkrafttreten betragen.

	Beschriftung	Dreizeiligkeit	Soll-/Ist- Abgleich	Legende für Abkürzungen	Sonderzeit en (z.B. Teambespre- chungen / Übergabe- zeiten)	24-Std.- Erreichba- rkeit	Ausfallzeiten	Freistel- lung / Anleitungs- zeiten / Urlaube / Sonder- aufgaben	Doku- menten- echtheit	Datum Erstellung / Unterschrift Verant- wortliche / PDL	Veröffent- lichung
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja	t.n.z.	ja	ja	ja	ja	nein
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	t.n.z.	ja	ja	ja	ja	ja
SZLI	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	VP	t.n.z.	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	t.n.z.	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	VP	ja	ja	t.n.z.	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja	t.n.z.	ja	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein

	Beschriftung	Dreizeiligkeit	Soll-/Ist-Abgleich	Legende für Abkürzungen	Sonderzeiten (z.B. Teambesprechungen / Übergabezeiten)	24-Std.-Erreichbarkeit	Ausfallzeiten	Freistellung / Anleitungszeiten / Urlaube / Sonderaufgaben	Dokumentenechtheit	Datum Erstellung / Unterschrift Verantwortliche / PDL	Veröffentlichung
KHBE	ja	ja	ja	ja	ja	t.n.z.	ja	ja	ja	ja	ja
RKWE	ja	ja	ja	ja	ja	t.n.z.	ja	ja	VP	ja	nein
RKTR	ja	ja	ja	ja	nein	t.n.z.	ja	ja	ja	VP	nein
PDFR	ja	ja	VP	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDLI	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
DSWE	ja	ja	ja	ja	ja	VP	ja	ja	ja	ja	nein

4.4.1.3 Pflegerische Versorgung

Bewertet wird, ob die pflegerische Versorgung nach dem System der ganzheitlichen Pflege organisiert ist:

- **Verantwortlichkeit** für Planung, Durchführung und Bewertung der Pflege als Aufgabe für Pflegefachkraft geregelt, bspw. durch die Nationalen Expertenstandards und entsprechende Verfahrensanweisungen
- Personelle **Kontinuität** der pflegerischen Versorgung geregelt
- **Einsatz des Pflegepersonals** (Pflegefach- und Pflegekräfte) entsprechend Ihrer fachlichen Qualifikation
- **Risikoeinschätzung:** Hierunter fallen alle in der Anamnese erfragten Aspekte, wie BMI, PEG, Dauerkatheter, Inkontinenz, Dekubitus- und Sturzrisiko, Schmerzsymptomatik, Infektionsrisiken (MRSA), Beeinträchtigung der Alltagskompetenzen, gerontopsychiatrische Beeinträchtigungen, Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen (FeM).
- **Regelungen / Standards** zu den o.g. Themen liegen vor, sind geeignet, für alle zugänglich und werden in der täglichen Praxis umgesetzt.
- Regelmäßige **Evaluationen** der Pflegeergebnisse (z.B. durch Pflegevisiten und andere Auditformen) finden statt.
- Die **Behandlungspflege** ist in Form **aktueller Verordnungen** des Arztes schriftlich dokumentiert.

	Verantwortlichkeit geregelt	Personelle Kontinuität	Einsatz der Pflegekräfte	Risikoeinschätzung	Regelungen / Standards	Evaluation	Schriftlich dokumentierte / aktuelle Verordnungen
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	VP	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	VP	VP	ja
SZLI	ja	ja	ja	VP	VP	VP	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	VP	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	VP	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
KHBE	VP	ja	ja	ja	ja	VP	ja
RKWE	VP	ja	ja	ja	VP	ja	ja
RKTR	VP	ja	ja	ja	VP	ja	ja
PDFR	ja	ja	ja	ja	VP	ja	ja
PDLI	VP	ja	ja	VP	VP	ja	ja
PDOE	VP	ja	ja	ja	VP	ja	ja
DSWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja

4.4.1.4 Beratung / Soziale Betreuung

Im Rahmen des Managements wird die Vollständigkeit des PDCA-Zyklusses der Beratung / Sozialen Betreuung bewertet. In Kap. 4.3.3.2 wird das Konzept behandelt.

	Maßnahmenplan
SZKÖ	k.B.
SZFR	k.B.
SZLI	nein
SZOE	k.B.
SZWI	ja
SZWE	VP
SZTR	ja
SZMÜ	VP
KHBE	k.B.
RKWE	k.B.
RKTR	k.B.
PDFR	t.n.z.
PDLI	t.n.z.
PDOE	t.n.z.
DSWE	t.n.z.

4.4.1.5 Ernährung

Speiseplan - Ausgewählte Kriterien:

- **Schriftgröße** ausreichend
- Ansprechend **gestaltet**
- Gut **zugänglich** und mehrfach **öffentlich** aushängend und für Rollstuhlfahrer einsehbar
- **Speiseplan am Bett** bettlägeriger Patienten/Bewohner

	Schriftgröße ausreichend	Gestaltung ansprechend	Aushang / Lesbarkeit	Speiseplan am Bett
SZKÖ	Ja	Ja	Ja	k.B.
SZFR	Ja	Ja	Ja	k.B.
SZLI	Ja	Ja	Ja	k.B.
SZOE	Ja	Ja	Ja	k.B.
SZWI	Ja	Ja	Ja	k.B.
SZWE	Ja	Ja	Ja	k.B.
SZTR	Ja	Ja	Ja	k.B.
SZMÜ	Ja	Ja	Ja	k.B.

KHBE	Ja	Ja	Ja	k.B.
RKWE	Ja	Ja	Ja	k.B.
RKTR	Ja	Ja	Ja	k.B.

PDFR	Ja	Ja	Ja	k.B.
PDLI	Ja	Ja	Ja	k.B.
PDOE	Ja	Ja	Ja	k.B.
DSWE	Ja	Ja	Ja	k.B.

Essenszeiten:

- **Ausreichender Zeitraum** zur Nahrungsaufnahme
- **Mittagessen** nicht vor 12 Uhr
- **Abendessen** nicht vor 18 h
- **Zwischen- und Spätmahlzeiten** für alle Patienten und Bewohner
- **Nahrungskarenz** in der Nacht nicht länger als 10 h bis maximal 12 h, besondere Bedeutung für dementiell Erkrankte und Diabetiker

Getränkeversorgung:

- nachvollziehbare Information der Bewohner über die **Getränkeauswahl** und Bereitstellung
- **Kalt- und Warmgetränke** sind jederzeit verfügbar
- Regelmäßige **Getränkerunden**
- **Getränkestationen**
- Folgende Getränke **stehen mindestens** zur Verfügung: Saft (auch für Diabetiker), Mineralwasser, Kaffee, Milch, Tees

Insgesamt wird das Ergebnis überprüft:

- **Bewohner- und Patientenbefragungen** finden statt / ein **Beschwerde-management** ist etabliert (Rückmeldungen / Zusammenarbeit mit der Hauswirtschaft bei Veränderungswünschen)

	Speiseversorgung - Kriterien erfüllt	Getränkeversorgung - Kriterien erfüllt	Befragungen / Beschwerdemanagement
SZKÖ	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja
SZLI	ja	ja	VP
SZOE	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	k.B.
SZMÜ	ja	ja	ja

KHBE	k.B.	k.B.	k.B.
RKWE	k.B.	k.B.	k.B.
RKTR	k.B.	k.B.	k.B.

PDFR	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
PDLI	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
PDOE	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
DSWE	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.

Die **Bewertung der Verpflegung nach Schulnoten** resultiert aus der direkten Befragung der Bewohner / Patienten während der Begehung (→ Revisionsberichte, Kap. 4.2)

	Bewertung der Verpflegung durch Bewohner / Patienten
SZKÖ	1-
SZFR	k.B.
SZLI	3+
SZOE	2+
SZWI	2+
SZWE	1-
SZTR	2
SZMÜ	2

KHBE	2-
RKWE	2
RKTR	2

4.4.1.6 Medikamentenversorgung

Aufbewahrung der Medikamente:

- Eine **Verfahrensweisung** liegt vor und ist geeignet
- Werden Medikamente in allen Stationen/Wohnbereichen in **abgeschlossenen Schränken** aufbewahrt?
- Eine **namentliche Kennzeichnung** aller Medikamente und bewohnerbezogenen Verbandstoffe ist, wenn erforderlich, erfolgt.
- Werden Medikamente bei Bedarf im **Medikamentenkühlschrank** gelagert?
- Die Arzneimittel werden ausschließlich anhand der **Dokumentation** in den Bewohner- / Patientenakten gestellt.
- Es liegen **keine ergänzenden Pläne** zum Richten von Arzneimitteln vor.
- Die Dokumentation stimmt mit dem Bestand und den Verordnungen von **BTM** überein.

	VA	Med.-Schränke abschließbar	Kennzeichnung	Lagerung Kühlschrank	Dokumentation Medikation in den Akten	Keine ergänzende Dokumentation	Dokumentation / Abgleich BTM-Verordnung / Bestand
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZLI	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	VP	ja	VP
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
KHBE	ja	ja	ja	ja	VP	ja	ja
RKWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
RKTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDLI	VP	ja	ja	ja	ja	ja	t.n.z.
PDOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	t.n.z.
DSWE	ja	VP	VP	VP	ja	t.n.z.	t.n.z.

4.4.2 Qualitätsmanagement

4.4.2.1 Struktur des Qualitätsmanagements

- Eine **Verfahrensweisung** (VA) liegt vor und bezieht sich auf das Diakoniesiegel Pflege (Kapitel F 3) und KTQ (Kategorie 6).
- Ein **Qualitätsmanagementbeauftragter** (QMB) ist benannt und für die Aufgaben freigestellt.
- Eine **Stellebeschreibung** für die QMB liegt vor.

- Ein **Qualitätsmanagementhandbuch** (QMH) wurde erstellt und entspricht den Anforderungen des Qualitätsmanagementsystems.
- **Interne Kommunikation:** In die Struktur sind regelmäßige Leitungssitzungen und Qualitätszirkel sowie anlassbezogene Projektgruppen integriert, die der Rückmeldung von Anforderungen und Ergebnissen dienen (Ziel- / Ergebnis- / Anforderungskommunikation ‚Von oben nach unten / von unten nach oben‘) sowie die Verwendung der Daten für die Managementbewertung festgelegt.
- Zur Überprüfung der Wirksamkeit / der Ergebnisse werden **Ressourcen und Instrumente** von der Einrichtung bereitgestellt (z.B. die Managementbewertung, Checklisten, Protokollvorlagen, Auditpläne, Fragebögen für Mitarbeiter- / Bewohner- / Patienten- / Einweiserbefragungen)

	VA	QMB	Stellenbeschreibung QMB	QMH	Interne Kommunikation	Instrumentarium des QM-Systems
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZLI	VP	VP	ja	VP	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	VP	VP	ja	ja	ja	ja
SZTR	VP	VP	ja	VP	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	nein	ja	ja	ja

KHBE	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
RKWE	ja	ja	ja	ja	k.B.	ja
RKTR	ja	ja	ja	ja	k.B.	ja

PDFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDLI	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDOE	ja	ja	ja	k.B.	ja	ja
DSWE	ja	ja	ja	VP	ja	ja

4.4.2.2 Maßnahmen der internen Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung (Umsetzung des ‚Plan-Do-Check-Act‘ – des PDCA-Zyklusses)

- **Verfahrensweisungen** (VA) zu Teilbereichen des Qualitätsmanagements wurden erstellt (Korrektur- und Vorbeugungsmaßnahmen, Fehlermanagement, Beschwerdemanagement, Vorschlagswesen, Interne Audits, Brandschutz, Arbeitsschutz, Hygienemanagement etc.).
- Für die Teilbereiche sind jeweils **Mitarbeiter** qualifiziert und **verantwortlich** beauftragt / bestellt, die mit der QMB zusammenarbeiten.
- **Qualitätssicherungsmaßnahmen** werden in allen Teilsystemen regelmäßig durchgeführt (z.B. Begehungen zum Arbeits- / Brandschutz und Hygiene-

management, Pflegevisiten) - **Maßnahmenpläne** liegen in allen Bereichen vor – die Umsetzung wird überprüft und abgezeichnet.

- Der QMB ist die **Instanz**, bei der alle **Ergebnisse** gesammelt werden. Diese werden von ihm in Zusammenarbeit mit den Beauftragten aufbereitet und von ihm oder den Beauftragten regelmäßig in der Einrichtung präsentiert.
- Die Ergebnisse fließen jährlich in die **Managementbewertung** ein, sodass für das darauffolgende Jahr ggf. neue Ziele und geeignete Projekte festgelegt bzw. Maßnahme ergriffen werden können.
- **Ergebnisse, Ziele, Projekte** und geplante Maßnahmen werden in einem geeigneten Rahmen (z.B. Betriebsversammlungen) allen Mitarbeitern präsentiert und in den Leitungs- und Teambesprechungen aller Bereiche **kommuniziert**.

	VA zu allen Teilbereichen	Beauftragte sind benannt / bestellt	QS-Maßnahmen / Maßnahmenpläne in allen Teilbereichen	QMB als zentrale Instanz der QS	Managementbewertung	Kommunikation der Ergebnisse und Pläne
SZKÖ	VP	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZLI	VP	ja	VP	VP	ja	VP
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja

KHBE	k.B.	ja	k.B.	ja	k.B.	k.B.
RKWE	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
RKTR	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.

PDFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDLI	VP	ja	ja	ja	ja	ja
PDOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
DSWE	ja	ja	VP	ja	ja	ja

4.4.2.3 Das Qualitätsmanagementsystem flankierende Fort- und Weiterbildungsmanagement

- Die **Verfahrensweisung (VA)** zum Fort- und Weiterbildungsmanagement liegt vor).
- Der **Fortbildungs- / Weiterbildungsbedarf** wird regelmäßig in allen **Bereichen** (Pflege-, Arztdienst, Hauswirtschaft, Therapeutischer Dienst etc.) erhoben.
- **Fortbildungspläne** werden auf den **Bedarf** der Mitarbeiter abgestimmt und regelmäßig für alle Bereiche erstellt sowie bekannt gemacht.

- Die Pläne berücksichtigen die **Notwendigkeiten** der Einrichtungen (z.B. Bedarfe, die sich aus den Auditergebnissen ergeben, neue Anforderungen und Fachschwerpunkte) sowie die Wünsche der Mitarbeiter.
- Fortbildungspläne weisen **Fortbildungspunkte** („Registrierung beruflich Pflegender“, „Fortbildungspunkte“, anerkannt durch die jeweilige Landesärztekammer) aus.
- Die Pläne weisen **Schwerpunktt Themen** (→ z.B. angelehnt an die Anforderungen der Nationalen Expertenstandards) aus, die systematisch ‚abgearbeitet‘ werden.
- **Pflichtfortbildungen** sind festgelegt.
- Es gibt ein **Fortbildungsbudget** für die / den Verantwortlichen.
- Die **Teilnahmen** werden **überprüft** und Mitarbeiter, die ihre Pflichtfortbildungen nicht wahrnehmen konnten, nachgeschult.
- Der **Erfolg der Maßnahmen** wird in geeigneter Weise **evaluiert** (z.B. im Rahmen der Nationalen Expertenstandards: Rückgang der Dekubitalgeschwüre / Stürze).

	VA	Bedarfsermittlung	FB-Pläne auf Bedarf d. Mitarbeiter abgestimmt und veröffentlicht	Pläne berücksichtigen Notwendigkeiten und Bedarfe der Einrichtung	Fortbildungspunkte (Registrierung beruflich Pflegender, Landesärztekammer)	Schwerpunktt Themen	Pflichtfortbildungen	Fortbildungsbudget	Teilnahme wird überprüft	Evaluation des Erfolges
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	nein	VP	ja	VP	nein	VP
SZFR	ja	ja	ja	ja	nein	VP	ja	VP	ja	ja
SZLI	ja	ja	VP	ja	nein	nein	ja	nein	ja	ja
SZOE	VP	ja	ja	ja	nein	nein	ja	VP	VP	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	nein	VP	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	nein	VP	ja	ja	ja	ja
SZTR	VP	ja	ja	ja	ja	VP	ja	nein	ja	ja
SZMÜ	VP	VP	VP	VP	nein	VP	ja	ja	ja	ja
KHBE	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
RKWE	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
RKTR	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
PDFR	ja	ja	ja	ja	nein	VP	ja	nein	ja	ja
PDLI	VP	VP	ja	ja	nein	VP	ja	nein	ja	ja
PDOE	VP	ja	ja	ja	nein	VP	ja	nein	ja	nein
DSWE	ja	ja	nein	ja	nein	VP	ja	nein	nein	ja

4.4.2.4 Fachliteratur und Fachzeitschriften

- Eine Auswahl aktueller **Fachbücher** wird für alle Mitarbeiter zugänglich aufbewahrt.
- Mindestens eine periodisch erscheinende **Fachzeitschrift** mit **Umlaufdokumentation** wird für die Einrichtung beschafft.
- Die Fachbücher sind in einer für alle Mitarbeiter zugänglichen **Literaturliste** aufgeführt.

	Fachbücher	Fachzeitschrift / Umlauf	Literaturliste
SZKÖ	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja
SZLI	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja

KHBE	k.B.	k.B.	k.B.
RKWE	k.B.	k.B.	k.B.
RKTR	k.B.	k.B.	k.B.

PDFR	ja	ja	ja
PDLI	ja	ja	ja
PDOE	ja	ja	ja
DSWE	ja	ja	ja

4.4.2.5 Geregelttes Notfallmanagement

- Eine **Verfahrensweisung** (VA) liegt vor (Unterscheidung zwischen medizinischen, pflegerischen und sonstigen Notfällen).
- Die **Notfallausrüstung** ist vorhanden (systematisch überprüft und gepflegt).
- **Fortbildungen** werden regelmäßig angeboten.
- Notfälle werden systematisch auch im Hinblick auf das Fehlermanagement **ausgewertet** (im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses) und die Ergebnisse fließen in die **Managementbewertung** ein.

	VA	Notfallausrüstung	Pflichtfortbildungen	Auswertung der Notfälle
SZKÖ	VP	ja	ja	nein
SZFR	ja	ja	ja	nein
SZLI	VP	VP	ja	nein
SZOE	ja	ja	ja	ja
SZWI	VP	ja	ja	nein
SZWE	ja	ja	ja	nein
SZTR	VP	ja	ja	VP
SZMÜ	ja	ja	ja	VP

KHBE	k.B.	ja	k.B.	k.B.
RKWE	k.B.	ja	k.B.	k.B.
RKTR	k.B.	ja	k.B.	k.B.

PDFR	ja	ja	ja	k.B.
PDLI	ja	VP	ja	nein
PDOE	k.B.	VP	ja	nein
DSWE	VP	VP	ja	nein

4.4.2.6 Umgang mit Beschwerden

- Eine **Verfahrensweisung** (VA) liegt vor.
- Ein **Formular** zur **Beschwerdeerfassung** liegt vor.
- Die **Auswertung** erfolgt systematisch und wird regelmäßig in der Einrichtung präsentiert.
- **Maßnahmenpläne** liegen vor.
- Maßnahmen und Ergebnisse fließen in die **Managementbewertung** ein.
- Die **Umsetzung** der VA wird regelmäßig **evaluiert**.

	VA	Formular Beschwerde- erfassung	Auswer- tung	Maßnahmen- pläne	Mangement- bewertung	Evaluation
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	VP
SZLI	ja	ja	ja	ja	VP	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	VP	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja

KHBE	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
RKWE	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
RKTR	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.

PDFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDLI	VP	ja	VP	ja	ja	ja
PDOE	VP	ja	ja	VP	ja	VP
DSWE	VP	VP	VP	nein	VP	nein

4.5 Ergebnisqualität: (Pflegerische)-Zustand von Patienten und Bewohnern

Die begutachteten Patienten und Bewohner wurden insbesondere auf ihren pflegerischen Zustand hin überprüft. Die Kriterien der Begutachtung waren u.a.:

Direkte Pflege – Gesamtbewertung des Patienten / Bewohners durch die Auditoren:

- Sauberkeit und Pflegezustand der Haare, Nägel, Zehenzwischenräume, Zähne usw.
- Lagerung des Patienten/Bewohners (Pat. / BW)
- Verwendung von und sachgerechter Umgang mit Hilfsmitteln

Umfeld

- Hygiene des Umfeldes des Pat. / BW (Nasszelle, WC, Mobiliar, Medizingeräte, Hilfsmittel etc.)
- Kleidung
- Gerüche
- Wandschmuck, Bilder, Fotos

Unterkunft und Verpflegung

- Versorgungssituation mit Speisen und Getränken aus Sicht des Pat. / BW

Zufriedenheit des Pat. / BW

- mit der Einrichtung, der Freundlichkeit des Personals
- mit den Beschäftigungsangeboten
- den kirchlichen Angeboten
- der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Versorgung

Die Bewertung erfolgt im Schulnotensystem:

	Direkte Pflege / Gesamtbewertung Auditoren	Umfeld	Unterkunft und Verpflegung	Zufriedenheit
SZKÖ	2+	2+	1-	2+
SZFR	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
SZLI	2-	3+	3+	2+
SZOE	2+	2+	2+	1-
SZWI	1-	2+	2+	1-
SZWE	1-	2+	1-	2+
SZTR	1-	2-	2	2+
SZMÜ	2+	2+	2	2

KHBE	1-	2-	2-	2+
RKWE	2+	2	2	2+
RKTR	2+	3+	2+	2+

PDFR	1-	t.n.z.	t.n.z.	1-
PDLI	2+	t.n.z.	2	2+
PDOE	2	t.n.z.	2+	2+
DSWE	2+	t.n.z.	t.n.z.	2+

4.6 Ergebnisqualität: Überprüfung der medizinischen Dokumentation

4.6.1 Vollständigkeit

Die Dokumentation sollte folgende Bestandteile bzw. Formblätter mindestens (oder fakultativ) als Papierformular bzw. in der EDV enthalten und in der täglichen Arbeit Verwendung finden:

1. Stammblatt
2. Pflegeanamnese / Biografieblatt
3. Pflegeplanung
4. Pflegebericht
5. Leistungsnachweis / -dokumentation
6. Betreuungsplanung bzw. –nachweis
7. Dekubitusrisikoskala / -einschätzung
8. Lagerungsprotokoll
9. Wundprotokoll / -dokumentation
10. Ernährungs- / Trinkprotokoll
11. Sturzrisiko
12. (Förderung der Harnkontinenz)
13. Vitalzeichenkontrollblatt
14. Ärztliches Verordnungsblatt / Visitenprotokoll
15. (Schmerzdokumentation)
16. Medikamentenplan
17. (Therapiedokumentation / Aktivierungsbogen)
18. Seelsorge
19. Überleitungsbogen

Krankenhäuser zusätzlich:

20. Ärztliches Verlaufsblatt
21. Therapeutisches Verlaufsblatt
22. Befunddokumentation

Die überprüften Akten sind fast ausnahmslos vollständig.

4.6.2 Formale und inhaltliche Führung der medizinischen Dokumentation

Die Überprüfung der Pflegedokumentation konzentriert sich auf die **Darstellung des Pflegeprozesses** in der Pflegeplanung und im –bericht sowie alle ergänzenden Bestandteile. Vor allem die Entwicklung eines Bewohners / Patienten von der Aufnahme bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt muss sich anhand der Pflegeplanung und seiner Aus- und Neubewertungen nachvollziehen lassen. Alle Ereignisse, Befindlichkeiten und Besonderheiten der Stichprobe sollten mit Maßnahmen und Überprüfungsintervallen von der zuständigen Pflegefachkraft vorgetragen werden und aus der Dokumentation hervorgehen (siehe Kapitel 4.3, Revisionsberichte). Die Bewertung dieses Kriteriums erfolge mittels Schulnoten.

Das Kriterium **Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit** fragt nach dem zeitlichen Umfang des dargestellten Pflegeprozesses. Die Darstellung des vorhergehenden Kriteriums mag gut sein, dennoch können Informationslücken entstehen, weil ältere Teile der Dokumentation ausgelagert und archiviert werden und der Reflexion auf den Gesamtthergang nicht mehr zur Verfügung stehen.

	Vollständigkeit der Formulare / Verwendung
SZKÖ	2+
SZFR	k.B.
SZLI	3-
SZOE	2+
SZWI	2+
SZWE	2+
SZTR	2+
SZMÜ	1-
KHBE	2+
RKWE	2+
RKTR	2+
PDFR	1-
PDLI	3+
PDOE	3+
DSWE	2+

4.7 Die Rezertifizierung des Krankenhauses Bethel Berlin (KHBE) nach KTQ®

Die Einrichtung hat die Rezertifizierung nach KTQ erfolgreich bestanden. Insgesamt konnte sich das KHBE weiter verbessern.

4.8 Die Zertifizierung der Seniorenzentren, Diakoniestationen und Reha-Kliniken sowie des Krankenhauses

Das Ziel, alle Seniorenzentren, Diakoniestationen und Krankenhäuser einer Zertifizierung nach Diakonie-Siegel Pflege (DSP) bzw. Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ) zu unterziehen, wurde 2009 fast vollständig erreicht. Die Reha-Klinik Bethel Welzheim wird die Erstzertifizierung nach KTQ Anfang 2010 nachholen. Alle übrigen Betriebe sind zertifiziert. 2010 – 2012 wird ein erneuter Zertifizierungszyklus durchgeführt und alle UB nach dem bewährten Verfahren der Gruppenzertifizierung (s.u.) rezertifiziert.

2009 erhielten die Seniorenzentren SZKÖ und SZFR, die Pflegedienste PDFR und PDOE sowie die DSWE das Zertifikat nach DSP, das KHBE und die RKTR das nach KTQ.

Alle Betriebe haben viel Energie in die Vorbereitung investiert und eine sehr gute Teamleistung erbracht. Die Auditoren der proCum Cert GmbH, Herr Seisler und Herr Lukasik, waren beeindruckt. Ihre Einschätzungen spiegeln sich in dem Bericht zur ‚2. Begutachtung zur Systemförderung‘ wider, welcher neben anderen qualitätsrelevanten Berichten, im Internet veröffentlicht wurde.

Das Verfahren der Zertifizierung ist als Gruppenzertifizierung ausgestaltet, um Kosten zu reduzieren. Zur Rezertifizierung sind Intervalle von 3 Jahren vereinbart, wobei die einzelnen UB als ‚Teilbereiche‘ eines gemeinsamen und betriebsübergreifenden QM-Systems verstanden werden. Das Zertifikat bleibt für das zentrale QM-System und somit für alle Betriebe erhalten, solange jeder Einzelbetrieb als Teilbereich erfolgreich zertifiziert wird.

Die Interne Revision in Medizin und Pflege wurde im Rahmen der Zertifizierung einer eintägigen Prüfung durch die Auditoren der proCum Cert unterzogen. Der Aufbau des Verfahrens wurde erläutert, alle Unterlagen (auch die Einzelberichte über die Betriebe des DwB) wurden durch die Auditoren untersucht. Der Aufbau wurde für geeignet befunden und die Wirksamkeit der Internen Revision für Medizin und Pflege bestätigt.

2010 beginnt die nächste Zertifizierungsrunde nach DSP. Die nächsten Termine sind mit allen Beteiligten gegen Ende des ersten Halbjahres 2010 vereinbart: SZLI, PDLI und SZWI. Die Rehaklinik RKWE stellt sich im Frühjahr der Zertifizierung nach KTQ.

4.9 Ergebnisse der Zertifizierungsaudits nach DSP

Mit der diesjährigen ‚Begutachtung zur Systemförderung‘ aller noch nicht nach DSP zertifizierte Einrichtungen ist die erste Runde abgeschlossen. 2010 beginnt eine weitere, wobei alle in der Vergangenheit geprüften Themen als Grundlage vorausgesetzt werden.

Wie auch 2008 das SZMÜ und das SZOE hat 2009 der PDOE zusätzlich die Zertifizierung nach DIN-EN-ISO 9001:2008 erfolgreich bestanden.

Die Auditoren von pro Cum Cert haben im DwB allgemein vorhandene Stärken festgestellt (**vgl. 2. Bericht zur Systemförderung, 2009: 4**):

- das jederzeit spürbare **Diakonische Profil**
- den hohen **Fortbildungsstand** der Mitarbeiter
- hohe **Kundenorientierung**
- einheitliches, gut beschriebene **Qualitätsmanagementsystem**
- sehr gute **Managementbewertungen**
- innovative **Geschäftsplanung** / strategische **Ausrichtung**
- hochwirksames **Prozesssteuerungsinstrument** ‚Interne Revision in Medizin und Pflege‘
- hohe Mitarbeiterorientierung
- hoch motivierte Leitungen und Mitarbeiter

Bethelweite Verbesserungspotentiale, deren Maßnahmen zentral entwickelt werden müssen, sind für 2009 die

- **Weiterentwicklung der Standardisierung** zentraler Dokumente und Verfahren
- **inhaltlich und formell gleiche Gestaltung** der Auditberichte, Maßnahmenplanung und Managementbewertungen
- **Lenkung der Maßnahmenplanung** (Verantwortliche für Umsetzung und Überprüfung der Ergebnisse)
- **Beschreibung interner Schnittstellen**
- **Beschreibung aller Schnittstellen** zur DMBE / zu den Zentralen Diensten
- systematische und nachvollziehbare **Ableitung von Vorbeugemaßnahmen** aus Audits / Patienten- bzw. Bewohnerbefragungen
- **Wirksamkeitsüberprüfung** der aus Beschwerden abgeleiteten Maßnahmen

- Entwicklung und Pflege eines zentralen **Maßnahmenplans**
- Weiterentwicklung der **Pflegedokumentation**
- Weiterentwicklung der **Softwareprogramme C&S / MCC**

Daneben wurden, wie jedes Jahr, weitere einrichtungsspezifische Stärken und Verbesserungspotentiale aufgelistet (**vgl. ebd.: 5ff.**).

Maßnahmen zur Bearbeitung der festgestellten Verbesserungspotentiale werden zentral gesteuert und noch in 2009 zusammen mit den Hauptgeschäftsführern und Geschäftsführern eingeleitet.

4.10 Die Prüfergebnisse nach Schulnoten 2007 bis 2009 in der Synopse

Für einen übersichtlichen Vergleich der UB/AF wurden die Einzelergebnisse der einzelnen Prüfkriterien zu Kriteriengruppen zusammengefasst und mittels des Schulnotensystems bewertet (+ und – geben Trends an und sind rechnerisch nicht berücksichtigt).

Pcs. 2008	Pcs. 2009	UB/AF	Vor-Ort-Prüftermine	Erauliches, Wohnlichkeit, Orientierung (ES: nur Orientierung)			Ordnung, Sauberkeit, Hygiene			Konzepte und Standards			Pflegerisches / ärztliches / therapeutisches Management			Ergebnisqualität: (Pflege-)Zustand der BV / Pat.			Ergebnisqualität: Dokumentation			Durchschnitt (Pflegezustand doppelt gewichtet)		
				07	08	09	07	08	09	07	08	09	07	08	09	07	08	09	07	08	09	07	08	09
1.	4.	PDFR	13.05.2009	2	2	1	2	2	1	4 -	2	1-2	4 -	2	2	2-3	2	1 -	3	2	1 -	2,9	2,0	1,2 ↑
1.	1.	SZOE	27.4. - 28.4.2009	2 -	2	1 -	1 -	1 -	1 -	3	2	1 -	3 +	2	1-2	1 -	1 -	1	3 +	2	2 +	2,0	1,5	1,2 ↑
2.	4.	SZKÖ	11.05.2009	4 +	3-4	2 -	2	1-2	1-2	3	3 +	1 -	2 -	2	1-2	2	1 -	1 -	3 +	2	2 +	2,6	2,0	1,4 ↑
2.	5.	SZWE	2.4. - 3.4.2009	3 -	2 -	1 -	2	1-2	1 -	3	2	1	4	2-3	2 +	3-4	2 -	1-2	4	2-3	2 +	3,3	2,1	1,4 ↑
3.	4.	SZWI	29. - 30.4.2009	2	2	2	2 +	2 +	2 +	2	2	1-2	2	2 +	1-2	2 +	2 +	1 -	2-3	2	1-2	2,1	2,0	1,5 ↑
3.	2.	SZTR	31.03. - 01.04.2009	3 +	2	1 -	2 +	1 -	1 -	4	2-3	2 -	3	2	2-3	1 -	1 -	1 -	3	2	2 +	2,3	1,6	1,5 ↑
3.	5.	SZMÜ	20.1. - 21.1.2009	3 +	3	2 +	2	1-2	1-2	2 -	2 +	1 -	2	2 +	2 +	2	2 +	1-2	4	2 -	1 -	2,4	2,1	1,5 ↑
4.	9.	RKTR	20.05.2009	4	3	2 +	3	2 -	1	5	3	2 +	5	3	2 +	3-4	2 -	1-2	5	2-3	1-2	4,1	2,5	1,6 ↑
5.	10.	SZFR	12.05.2009	3 +	3 +	1-2	3 +	2	2 +	3	5	1-2	4	4 -	1-2	4 +	2 +	1-2	4	3	3 +	3,4	3,0	1,8 ↑
6.		PDOE	16.03.2009	k.B.	k.B.	1 -	k.B.	k.B.	1	k.B.	k.B.	2	k.B.	k.B.	2-3	k.B.	k.B.	2	k.B.	k.B.	3	k.B.	k.B.	1,9
7.	3.	PDLI	26.5. - 27.5.2009	3 +	3 +	3 +	1 -	1 -	1-2	2	2 +	1-2	2	2 +	2	1 -	1 -	2 +	3 +	2	2-3	1,9	1,7	2,1 ↓
8.	9.	DSWE	19.05.2009	3	3	3 +	2	2	2 -	4 +	3-4	3 +	4	3	2-3	2 +	2 +	2 +	2 +	2 +	2 +	2,7	2,5	2,4 ↑
9.	6.	SZLI	10.2. - 12.2.2009	2	2	2-3	2 +	2 +	2 +	2	3	4 -	2	2 +	3 -	3	2	2	3	2	3-4	2,3	2,2	2,7 ↓
k.B.	7.	KHBE	09.03.2009	2 -	2	3-4	1 -	1 -	1 -	3	2	k.B.	3 +	2	k.B.	1 -	1 -	1 -	3 +	2	2 +	2,0	1,5	1,7
k.B.	8.	RKWE	18.05.2009	4 +	2 -	1 -	2	2	1-2	4 +	3	k.B.	3	3 +	k.B.	2	2	1-2	4	3 -	2 -	3,0	2,4	1,5

5 Zusammenfassung

Seit 2006 beweisen die Bethel-Einrichtungen durch erfolgreiche Zertifizierungen nach ‚Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen‘ (KTQ), dem ‚Diakonie-Siegel Pflege‘ (DSP) sowie DIN EN ISO 9001:2008, dass ihre Qualitätsmanagementsysteme den Anforderungen einer Zertifizierung gewachsen sind.

Zertifiziert wurden in 2009 die Seniorenzentren SZKÖ und SZFR, die ambulanten Pflegedienste PDFR, PDOE und DSWE nach Diakonie-Siegel Pflege in der Version 2.0, sowie die RKTR nach KTQ in der Version für Reha-Kliniken. Das KHBE durchlief bereits seine zweite Zertifizierung nach KTQ erfolgreich, diesmal in der Version 5.0. Die RKWE wird die Zertifizierung nach KTQ aufgrund der Umbrüche im Leitungsteam erst im Frühjahr 2010 in Angriff nehmen.

Das Verfahren der Revision hat sich weiter entwickelt: Zum einen wurden 2009 ausgewählte Prozesse und ihre dazugehörigen Regelungen bewertet, wie beispielsweise der Kernprozess ‚Bewohner-/Patientenversorgung‘ oder der Teilprozess ‚Personalbeschaffung‘. Insgesamt standen 2/3 der Anforderungen des DSP im Fokus.

Zum anderen glichen die Auditoren ihre im Vorfeld erhobenen Begutachtungsergebnisse vor der Internen Revision ab und fokussierten während der Revision auf Aspekte, die sie unterschiedlich bewertet hatten. Dieses Vorgehen ließ sich 2009 noch nicht durchgehend umsetzen.

Der Kreis der Beteiligten wurde von den Einrichtungen nach 2008 wiederum erweitert. Möglichst viele Mitarbeiter, die an der Qualitätsarbeit ihrer Einrichtung beteiligt sind, wurden in die Dialoge eingeschlossen. Zur Abschlussveranstaltung waren alle Mitarbeiter willkommen.

Die im ersten Abschnitt des vierten Kapitels – **Bauliches, Wohnliches, Orientierung** - dargestellten Ergebnisse zeigen, dass die Vorjahresergebnisse unverändert sind. Im Einzelnen müssen die Einrichtungen jedoch dafür sorgen, dass Abnutzungserscheinungen an Wänden und Fußböden nicht überhand nehmen und regelmäßig nachbessern (z.B. KHBE, SZLI) bzw. sich auch um die Ausstattung der Räume kümmern, die zum Teil sehr nüchtern wirken (z.B. KHBE).

Im Bereich des Arbeits- und Brandschutzes sowie der Gebäude- und Geländesicherheit haben sich alle Einrichtungen in Bezug auf die konsequente Umsetzung des ‚PDCA-Zyklusses‘ verbessert. Schulungen müssen jedoch durchgehend und regelmäßig besucht und die Teilnahme kontrolliert werden (**vgl. Kap. 4.1**).

Im Kapitel ‚**Ordnung, Sauberkeit, Hygiene**‘ stehen vor allem das Hygienemanagement und – als Teil der Hauswirtschaft – die Reinigung im Fokus. Verbesserungspotentiale können vereinzelt festgestellt werden und haben sich gegenüber 2008 thematisch kaum verändert. Schulungen müssen durchgehend und regelmäßig besucht und die Teilnahme von Leitungen kontrolliert werden (**vgl. Kap. 4.2**).

Die Qualitätsmanagementhandbücher liegen nun in allen UB vor und sind weitgehend aktuell. Inzwischen gibt es einige interessante Beispiele, wie das ‚sperrige‘ Thema Qualitätsmanagement in den Handbüchern und mitgeltenden Dokumenten benutzerfreundlich in Form gebracht und das Nachschlagen erleichtert werden kann (**vgl. die Benotungen des Bereiches ‚Konzepte und Standards‘, Kap. 4.10**).

Das **Diakonische Profil** ist in allen Einrichtungen deutlich erkennbar. In Details muss aber darauf geachtet werden, das auch schon in den Jahren zuvor erreichte Niveau zu halten (**vgl. Kap. 4.3.2.6**).

Der Sachstand zur Einführung von **Nationalen Expertenstandards** ist in den Einrichtungen unterschiedlich: Abläufe sind noch nicht eindeutig Ergebnisverantwortlichen zugeordnet, Audits nach Expertenstandards sind noch nicht in die Routine überführt. Gerade in den Kliniken scheinen die Aufgaben und Verantwortlichkeiten eher ‚verwischt‘. 2010 wird u.a. auf die Einführung, die interne Organisation der Abläufe sowie die Audits nach Expertenstandard fokussiert (**vgl. Kap. 4.3.3.1 / 4.4.1.3**).

Im Bereich des **pflegerischen / ärztlichen / therapeutischen Managements** haben sich die Strukturen und Abläufe weiterentwickelt. Die Dienstpläne müssen in 2010 jedoch in allen Einrichtungen mindestens vier Wochen vor Gültigkeit veröffentlicht werden, wie das u.a. im SZFR, dem SZLI und SZOE schon gelingt.

Das Qualitätsmanagementsystem wurde in allen Einrichtungen etabliert. Verbesserungspotentiale gibt es im Fort- und Weiterbildungsmanagement. Schwerpunktthemen könnten Planungsaufwand, feste Budgets den Abstimmungsaufwand

reduzieren. Die Einrichtungen sollten Mitarbeiter der Pflege dabei bestärken, durch Ausweisung von Fortbildungspunkten an der Aktion ‚Registrierung beruflich Pflegenden‘ teilzunehmen, das KHBE könnte darüber hinaus Fortbildungen ausweisen, die von der Berliner Ärztekammer anerkannt sind.

Die Auswertung der glücklicherweise seltenen Notfälle sollte in allen Einrichtungen zur Routine werden (**vgl. Kap. 4.4.2.5**).

Im Bereich der Überprüfungen und Anpassungen - des ‚Check‘- und ‚Act‘-Schrittes des PDCA-Zyklus - gibt es in vielen UB Verbesserungsbedarf. Ergebnisse von Maßnahmen müssen systematisch überprüft, die hieraus abgeleiteten Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit bewertet werden. Vorbeugemaßnahmen müssen dazu beitragen, dass die bisher aufgetretenen Fehler / Auffälligkeiten unterbleiben.

Maßnahmenpläne müssen zusammengeführt werden, damit die Übersichtlichkeit erhalten bleibt – vor allem in Bezug auf die Umsetzung von Maßnahmen sowie die Bewertung der Ergebnisse. Qualitätssichernde Elemente (Systemaudits, Bewohneraudits nach MDK-Richtlinien, Audits nach Expertenstandards, Pflegevisiten etc.) sollten stärker aufeinander abgestimmt werden und sich ergänzen. (**vgl. Kap. 4.4 und Kap. 4.9**).

Die Überprüfung der **Ergebnisqualität des (Pflege-)Zustandes** der Bewohner und Patienten ist durchweg sehr gut bis gut ausgefallen und somit deutlich besser, als in 2008 (**vgl. Kap. 4.5 und 4.10**).

Die **Ergebnisqualität der Dokumentation** war, bis auf eine Ausnahme sehr gut bis befriedigend und hat sich insgesamt gegenüber dem Vorjahr verbessert. Dennoch müssen einzelne Daten häufiger zu Informationen zusammengefasst und Maßnahmen ergriffen werden. Darüber hinaus müssen die Informationen aus Anamnese, Biographien, Pflegeplanungen und Berichten stärker miteinander verknüpft werden um ggf. latent ablaufende Veränderungsprozesse bei den Bewohnern / Patienten zu bemerken und gegensteuern zu können (**vgl. Kap. 4.6, 4.9 und 4.10**). Das hierzu in 2008 Gesagte ist immer noch aktuell (**vgl. Qualitätsbericht 2008: 44f**).

Projekte zur Weiterentwicklung und Verbesserung der medizinischen Dokumentation wurden in einigen Einrichtungen initiiert. 2008 haben das SZMÜ und das KHBE begonnen, die Grundlagen zur Einführung von Pflegediagnosen zu legen. Hierzu wurde

2009 ein flankierendes Projekt, das der DMBE angelagert ist, ins Leben gerufen. Für das DwB gemeinsam wurden Anforderungen formuliert, die ein Medizinisches Dokumentationssystem künftig erfüllen muss.

Erfahrungen werden in der zweiten Hälfte 2009 ausgewertet und Verbesserungen bethelweit in die Praxis überführt.

Darüber hinaus besitzen weitere Softwareprogramme Verbesserungspotential: Das Dienst- und Tourenplanprogramm C&S scheint noch nicht optimal auf die Anforderungen angepasst zu sein. Ähnlich wie beim Dokumentationssystem MCC müssen auch hier Verbesserungsmaßnahmen ergriffen werden (**vgl. Kap. 4.9**).

Beim derzeit noch laufenden Projekt ‚Einführung von ATOSS‘ müssen die Anforderungen, die sich aus dem laufenden Betrieb ergeben – beispielsweise aus der Einführung von konzernweiten Kennzahlen – umgesetzt werden.

Insgesamt gelang es den meisten UB sich in der Bewertung nach Schulnoten weiter zu verbessern (vgl. Kap. 4.10).

Auch bei denen, die sich dieses Jahr nur wenig oder nicht verbessern konnten, war für die Auditoren ein großes Potenzial spürbar, dass die Einrichtungen sicherlich für das kommende Jahr auch nutzen werden. Hierzu sollten auch Erfahrungen mit UB ausgetauscht werden, die in den benoteten Bereichen 2009 gute Ergebnisse erzielten.

6 Ausblick

Die Prüfung der Betriebe im Rahmen der internen Revision in Medizin und Pflege wird in 2010 nach dem Vorgehen von 2009 wiederholt, wobei dann im Vorlauf alle Ko-Auditoren die in Frage stehenden Regelungen bewerten und mit dem leitenden Auditor abgleichen. Aus den unterschiedlichen Einschätzungen werden Prüfungsschwerpunkte abgeleitet.

Der Austausch erfolgreicher Vorgehensweisen innerhalb des DwB soll weiter forciert werden, indem die Ko-Auditoren wiederum rotieren und nach 2008 und 2009 eine weitere Einrichtungen besuchen.

Die erneute Zertifizierungsrunde wird für das DwB weitere Fortschritte bringen und die QM-Systeme der Einrichtungen einander annähern, weitere Vereinheitlichungen bringen und die Systeme insgesamt ‚verfeinern‘. Die Einrichtungen werden aufgrund dessen besser miteinander vergleichbar.

Die im DwB verwendeten Dokumentations- und Dienstplansysteme werden verbessert und unterstützen die Abläufe noch effizienter, als gegenwärtig.

Die Interne Revision wird weiterhin auf Kernprozesse, Stärken und Verbesserungspotenziale sowie auf Kennzahlen und Managementbewertungen fokussieren können, wobei der Anteil der Dokumentationsprüfung der QM-Literatur zunehmend in den Hintergrund rücken wird.

Ziele stellen nach der erfolgreichen Aufbauphase nun die Konsolidierung und Verschlinkung der betriebsinternen Qualitätsmanagementsysteme sowie der dauerhafte Erhalt der Zertifizierungen im Rahmen der Gruppensertifizierung dar.

Berlin, 18.09.2009

Andreas Dietel

Dr. Katja Lehmann-Giannotti