

Scheve Management
Referat Produkte

**Qualität im Diakoniewerk Bethel e.V.
und seinen Beteiligungen**

Qualitätsbericht 2010

Andreas Dietel



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 (Seniorenzentrum)</i>	6
4.1.2	<i>Wohnraumgestaltung</i>	6
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 (Seniorenzentren).....	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>	23
4.3.3.1	Medizinischer / pflegerischer Bereich	23
4.3.3.2	Beratung / Soziale Betreuung.....	24
4.3.3.3	Technischer Dienst / Hauswirtschaft	25
4.4	Pflegerisches, ärztliches und therapeutisches Management	26
4.4.1	<i>Ablauforganisation</i>	26
4.4.1.1	Erstkontakt / Erstgespräch / Aufnahme	26
4.4.1.2	Dienstplan / Tourenplan	27
4.4.1.3	Pflegerische Versorgung	28
4.4.1.4	Beratung / Soziale Betreuung.....	28
4.4.1.5	Ernährung.....	29
4.4.1.6	Medikamentenversorgung	30
4.4.2	<i>Qualitätsmanagement</i>	31
4.4.2.1	Struktur des Qualitätsmanagements	31
4.4.2.2	Maßnahmen der internen Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung (Umsetzung des ‚Plan-Do-Check-Act‘ – des PDCA-Zyklusses)	32
4.4.2.3	Fort- und Weiterbildungsmanagement als Instrument des Qualitätsmanagements und der Personalentwicklung.....	33
4.4.2.4	Fachliteratur und Fachzeitschriften	34
4.4.2.5	Geregeltes Notfallmanagement.....	35
4.4.2.6	Umgang mit Beschwerden	35
4.5	Ergebnisqualität: (Pflegerische)-Zustand von Patienten und Bewohnern.....	36
4.6	Ergebnisqualität: Überprüfung der medizinischen Dokumentation	37
4.6.1	<i>Vollständigkeit</i>	37
4.6.2	<i>Formale und inhaltliche Führung der medizinischen Dokumentation</i>	38
4.7	Rezertifizierung und erstmalige Zertifizierung.....	39
4.8	Ergebnisse der Zertifizierungsaudits nach DSP.....	40
4.9	Zentrale Projekte zur Konzernentwicklung 2010.....	42
4.10	Schwerpunktthemen 2010 – Ergebnisse	43
4.11	Schwerpunktthemen 2011	45
4.12	Die Prüfergebnisse nach Schulnoten 2008 bis 2010 in der Synopse	47

5 Zusammenfassung.....	48
6 Ausblick	53
Anhang	54

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 achten 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 - 2009).

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), Pflegedienste (PD) und die Diakoniestation (DS) wurden im Zeitraum zwischen Januar und Juli 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 4.12**) stellt die Entwicklung der jeweils 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 und ergänzende Landesheimgesetze
- 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
- geltende MDS-Richtlinien, u.a. zum Pflegeprozess, zur Pflegedokumentation sowie zur Ernährung und Flüssigkeitsversorgung
- Nationale Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)

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-Siegels Pflege, von KTQ bzw. im MDK-Katalog enthalten waren, dem Prüfverfahren ergänzend hinzugefügt.

3 Prüfungsdurchführung

Die Prüfgrundlagen und das Prüfverfahren wurden mit allen Betrieben abgestimmt. Die Prüfung erstreckte sich (je nach Größe) i.d.R. über zwei bis drei Tage pro Betrieb. Die Auditoren besuchten die Betriebe in 2010 angemeldet.

Das 2007 zum Teil erprobte Rotationsverfahren, bei dem der leitende Auditor durch einen Ko-Auditor, eine Pflegedienstleitung einer jeweils anderen Einrichtung, begleitet wurde, gehört seit 2008 zur Routine. Seit 2009 erhalten die Ko-Auditoren die Qualitätsmanagementhandbücher (QMB) drei Wochen vor dem Audit zur Durchsicht, um sich in den Revisionsprozess einbringen zu können.

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 Bewohner vorgestellt und überprüft, ob der Pflegeprozess systematisch umgesetzt wurde. Zu den Abschlussveranstaltungen wurden alle Mitarbeiter eingeladen.

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.

Darüber hinaus erfolgte eine Prüfung der direkten pflegerischen und ggf. ärztlichen Ergebnisqualität bei mindestens 6 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 / durch das behandelnde Team vorgestellt und Veränderungen / Fortschritte des Behandelten seit seiner Aufnahme auf Grundlage der medizinischen Dokumentation nachvollzogen.

Im Abschlussgespräch wurde das Prüfungsergebnis ausgewertet und die entsprechend erkannten Stärken und Defizite zusammengefasst. Sofern die sofortige Umsetzung von Maßnahmen notwendig erschien, wurden diese im Anschluss besprochen und, falls erforderlich, detaillierte und datierte Zielvereinbarungen festgelegt.

Die Berichte zur Revision enthalten Empfehlungen und Hinweise und stellen die Arbeitsgrundlage für weitere Verbesserungsmaßnahmen bzw. Maßnahmenkataloge der Einrichtungen dar. Die Maßnahmenkataloge werden in GroupWise eingestellt, 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 im Internet veröffentlicht, wobei bewohner- und patientenrelevante Daten geschwärzt sind.

4 Prüfungsergebnisse

Nachfolgend werden die sechs Kategorien samt ihrer ausgewählten Kriterien sowie 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 (UB), die im Internet auf den Seiten der entsprechenden UB veröffentlicht wurden.

Farbkodierungen:

sehr gut
gut bzw. Kriterium vorhanden ('Ja')
befriedigend bzw. Verbesserungspotential (VP) bzw. Überarbeitung (Ü)
ausreichend
nicht ausreichend (n.a.) bzw. mangelhaft bzw. Kriterium nicht vorhanden ('Nein')
keine Bewertung (k.B.) bzw. trifft nicht zu (t.n.z.)

4.1 Bauliches, Wohnliches, Orientierung¹

4.1.1 Zusatzleistungen der Einrichtung (Seniorenzentrum)

Das SGB XI unterscheidet Regel- und Zusatzleistungen. Eine Zusatzleistung kann ein pflegfachlicher Schwerpunkt zur Versorgung von demenzten Menschen sein. Hierzu ist eine umfassende Ausrichtung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität notwendig, die von Pflegekassen und Heimaufsicht anerkannt wurde.

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

4.1.2 Wohnraumgestaltung

Unter diesem Kapitel werden die im Einrichtungskonzept den Bewohnern garantierten Möglichkeiten verstanden, ihre Zimmer individuell zu gestalten (vgl. Be-

¹ Pflegedienste: nur Orientierung

gutachtung des Umfeldes durch die Auditoren, Kapitel 4.5). Hierbei werden folgende Kriterien bewertet:

- **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	ja	ja	VP	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja
SZTR	nein	nein	ja	nein
SZMÜ	ja	ja	ja	ja

„Nein“ bedeutet, dass die Regelung hierzu zum Zeitpunkt der Internen Revision nicht vorlag.

4.1.3 Ausstattung

4.1.3.1 Ausstattung der Wohnbereiche / Stationen

Hierunter werden folgende Kriterien 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 Patientenzimmer²

- 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	VP
RKWE	ja	ja	ja	ja	ja
RKTR	ja	ja	ja	ja	ja

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

² Pflegedienste: Büroräume, Wartezonen.

4.1.3.3 Ausstattung für gerontopsychiatrische Bewohner

- **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 (Seniorenzentren)

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

„Nein“ bedeutet, dass die Regelung hierzu zum Zeitpunkt der Internen Revision nicht vorlag.

4.1.4 Brandschutz / Gebäude- und Geländesicherheit

In den folgenden Tabellen werden die Kriterien der Anforderungen aus dem Diakonie-Siegel Pflege F 4.3 Brandschutz und F 4.6 Gebäude- und Geländesicherheit dargestellt:

- **Verfahrensweisung (VA)** zur Anforderung vorhanden und geeignet
- **Regelmäßige Begehungen / Überprüfungen** finden statt
- **Aushang von Flucht- und Rettungsplänen** in der Einrichtung

- **Maßnahmenpläne** werden erstellt
- **Pflichtschulungen** finden **regelmäßig** statt
- Die **Teilnahme (TN)** an Pflichtschulungen wird **überprüft**

4.1.4.1 Brandschutz

	VA	regelmäßige Begehungen	Aushang Flucht-/Rettungspläne	Maßnahmenpläne	Pflichtschulungen	TN wird überprüft
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	VP	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	VP	ja	ja
PDFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDLI	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDOE	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.
DSWE	ja	ja	VP	VP	ja	ja

4.1.4.2 Gebäude- und Geländesicherheit

- **Verfahrensweisung (VA)** zur Anforderung vorhanden und geeignet
- **Regelmäßige Begehungen / Überprüfungen** finden statt
- **Maßnahmenpläne** werden erstellt
- **Pflichtschulungen** finden **regelmäßig** statt
- Die **Teilnahme (TN)** an Pflichtschulungen wird **überprüft**

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

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

4.1.4.3 Medizinprodukte bzw. ‚Pflegehilfsmittel‘

In der folgenden Tabelle werden die Kriterien der Anforderungen aus dem Diakonie-Siegel Pflege F 4.4 Wartungs- und Kontrollsystem dargestellt:

- **Bestandsverzeichnis** der Medizinprodukte
- **Verfahrensanleitung (VA)** zur Anforderung vorhanden und geeignet
- **Regelmäßige Begehungen / Überprüfungen** finden statt
- **Maßnahmenpläne** werden erstellt
- **Pflichtschulungen** finden **regelmäßig** statt
- **Teilnahme (TN)** an Pflichtschulungen wird **überprüft**

	Bestandsverzeichnis	VA	regelmäßige Begehungen	Maßnahmenpläne	Pflichtschulungen	TN wird überprüft
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	k.B.
SZWE	ja	VP	ja	ja	ja	k.B.
SZTR	nein	nein	nein	nein	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja

KHBE	ja	ja	ja	VP	VP	ja
RKWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
RKTR	nein	nein	nein	nein	ja	ja

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

4.2 Ordnung, Sauberkeit, Hygiene

In den folgenden Tabellen werden die Kriterien der Anforderungen aus dem Diakonie-Siegel Pflege F 4.5 Hygiene und K 2.4 Reinigung zugrunde gelegt.

4.2.1 Hygiene

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

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

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

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

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

4.2.2 Reinigung³

- Reinigungskonzept liegt vor (→ **siehe Kap. 4.3.2.3** Hauswirtschaftskonzept)
- **Verfahrensweisung (VA)** zur Anforderung ist vorhanden und geeignet
- Regelmäßige **Begehungen** finden statt / **Lieferantenbewertungen** liegen vor (bei Auslagerung der Leistung)
- **Maßnahmenpläne** werden erstellt
- **Pflichtschulungen** finden **regelmäßig** statt
- **Teilnahme (TN)** an Pflichtschulungen wird **überprüft**

³ Pflegedienst: VA zu hauswirtschaftlichen Leistungen

	VA	Begehungen / Lieferantenbewer- tungen	Maßnahmenpläne	Pflichtschulungen	TN wird überprüft
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja
SZLI	ja	ja	k.B.	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	nein	nein

KHBE	k.B.	ja	ja	k.B.	t.n.z.
RKWE	ja	ja	ja	ja	ja
RKTR	ja	ja	ja	ja	ja

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

4.2.3 Wäscheversorgung⁴

- Konzept zur Wäscheversorgung liegt vor (→ **siehe Kap. 4.3.2.3** Hauswirtschaftskonzept)
- **Verfahrensanleitung** (VA) zur Anforderung ist vorhanden und geeignet
- Regelmäßige **Begehungen** finden statt / **Lieferantenbewertungen** liegen vor (bei Auslagerung der Leistung)
- **Maßnahmenpläne** werden erstellt
- **Pflichtschulungen** finden **regelmäßig** statt
- Die **Teilnahme (TN)** an Pflichtschulungen wird **überprüft**

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

⁴ Pflegedienst: VA zu hauswirtschaftlichen Leistungen

	VA	Begehungen / Lieferantenbewer- tungen	Maßnahmenpläne	Pflichtschulungen	TN wird überprüft
KHBE	k.B.	k.B.	ja	k.B.	k.B.
RKWE	ja	ja	ja	ja	ja
RKTR	ja	VP	VP	VP	VP
PDFR	ja	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
PDLI	ja	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
PDOE	ja	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
DSWE	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.

4.2.4 Verpflegung⁵

- Konzept zur Verpflegung liegt vor (→ **siehe Kap. 4.3.2.3** Hauswirtschafts-
konzept)
- **Verfahrensweisung (VA)** zur Anforderung ist vorhanden und geeignet
- Die Einhaltung der **Richtlinien und Standards** (HACCP, LmG, Verordnungen
zur Lebensmittelhygiene) wird durch **Begehungen** regelmäßig überprüft /
Lieferantenbewertungen liegen vor (bei Auslagerung der Leistung)
- **Maßnahmenpläne** werden erstellt
- **Pflichtschulungen** finden **regelmäßig** statt
- **Die Teilnahme (TN)** an Pflichtschulungen wird **überprüft**

	VA	Begehungen / Lieferantenbewer- tungen	Maßnahmenpläne	Pflichtschulungen	TN wird überprüft
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja
SZLI	VP	ja	ja	k.B.	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	k.B.	ja	ja
SZMÜ	VP	ja	ja	ja	nein
KHBE	ja	ja	k.B.	ja	ja
RKWE	ja	ja	ja	ja	ja
RKTR	ja	ja	k.B.	ja	ja
PDFR	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
PDLI	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
PDOE	ja	ja	k.B.	k.B.	k.B.
DSWE	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.

⁵ Pflegedienst: VA zu hauswirtschaftlichen Leistungen

4.3 Konzepte und Standards

4.3.1 Fachliche Schwerpunkte

Neben den nicht zwingend vorgeschriebenen Zusatzleistungen (→ SGB XI §88) können sich Einrichtungen auf bestimmte Schwerpunkte (z.B. ‚Schmerzfreies Krankenhaus‘) oder niederschwellige Angebote spezialisieren (z.B. ‚Demenzkafee‘).

	Schwerpunkte vorhanden	Wenn ja, welcher?
SZKÖ	nein	
SZFR	nein	
SZLI	nein	
SZOE	nein	
SZWI	ja	Niederschwelliges Angebot: Demenzkafee / Beschützer Bereich für demenziell veränderte Bewohner
SZWE	ja	Keine Zusatzleistung nach SGB XI: Beschützer Bereich für Bewohner mit gerontopsychiatrischem Hintergrund
SZTR	nein	
SZMÜ	ja	Keine Zusatzleistung nach SGB XI: Beschützer Bereich für Bewohner mit gerontopsychiatrischem Hintergrund.

KHBE	ja	Perioperative Schmerztherapie, Endoskopie, Endoprothetik
RKWE	ja	Geriatrische Rehabilitation, ambulante Angebote der Physio- und Ergotherapie
RKTR	ja	Geriatrische Rehabilitation, ambulante Angebote der Kinderlogo- und -ergotherapie

PDFR	nein	
PDLI	ja	Niederschwelliges Angebot: Projekt Haltestelle
PDOE	nein	
DSWE	ja	Niederschwellige Betreuungsangebote nach § 45c SGB XI: Demenzgruppen

4.3.2 Konzepte

4.3.2.1 Pflegeleitbild

Das Diakonie-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 - auf **Wohnbereichen** und **Stationen** - **hängen die Leitbilder aus**.

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

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

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 (K 1.2 Pflegekonzept) und in KTQ (5.1.1 Entwicklung eines Leitbildes / 5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur) wird der Aspekt thematisiert. Überprüft wurden folgende Kriterien:

- 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 zu **Kooperationen** mit anderen Diensten und Zusammenarbeit mit an der Pflege beteiligten
- Mitarbeitern ist Konzept **bekannt**

	Pflege- modell	Pflege- system	Pflege- prozess	Innerbe- triebliche Kommuni- kation	Räumliche Ausstat- tung	Leistungs- beschrei- bung	Pflege- standards / Leitlinien	Qualitäts- sicherung	Kooperati- onen	Bekannt- heit
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	ja	ja	ja	ja	ja
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	VP	VP	VP	VP	VP	VP
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja

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

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

4.3.2.3 Hauswirtschaftskonzept

- **Verfahrensweisung (VA)** zur Anforderung ist vorhanden und geeignet
- Aussagen zur **Leistungsgestaltung Verpflegung**
- Aussagen zur **Leistungsgestaltung Reinigung**
- Aussagen zum **Leistungsgestaltung Wäscheservice**
- Aussagen zur **Kooperation** mit anderen **Diensten**
- Aussagen zur **personellen Ausstattung**
- Ist das **Konzept** zur hauswirtschaftlichen Versorgung den **Mitarbeitern der Hauswirtschaft bekannt?**
- Ist das **Konzept** zur hauswirtschaftlichen Versorgung den **Mitarbeitern der Pflege bekannt?**

	VA	Leistungs- gestaltung Verpflegung	Leistungs- gestaltung Reinigung	Leistungs- gestaltung Wäscheservice	Kooperation mit anderen Diensten	Personelle Ausstattung	Konzept: Bekanntheit bei Mitarbeitern der Hauswirtschaft	Konzept: Bekanntheit bei Mitarbeitern der Pflege
SZKÖ	VP	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

	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
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	VP	ja	ja	ja	ja	VP	ja	ja
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.
RKWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
RKTR	VP	ja	ja	ja	ja	VP	ja	ja

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

4.3.2.4 Soziale Betreuung

Folgende Kriterien der DSP-Anforderung K 3.2 Soziales Betreuungskonzept werden 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 / Seel-sorger Zugriff auf die Akten, um Ihre Notizen zu dokumentieren?

	Vollständigkeit des Konzeptes	Kommunikation des Programms	Mitgestaltungs- möglichkeiten	Integration der Betreuung
SZKÖ	ja	ja	ja	ja
SZFR	VP	ja	VP	ja
SZLI	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja
SZWI	VP	ja	VP	ja
SZWE	VP	ja	VP	ja
SZTR	VP	ja	ja	ja
SZMÜ	VP	ja	ja	ja

4.3.2.5 Kooperationen

Da die bis 2007 bestehenden Kooperationen gefestigt wurden und wesentliche Veränderungen nicht zu erwarten waren, wurde dieser Aspekt die vergangenen Jahre nicht mehr geprüft.

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.
- Das diakonische Profil ist Bestandteil der **Checkliste zur Einarbeitung** neuer Mitarbeiter und Ehrenamtlicher.
- Diakonische Anforderungen sind in den **Stellen- und Aufgabenbeschreibungen** für Mitarbeiter und Ehrenamtliche hinterlegt.

	Seelsorgeleitbild vorhanden	Seelsorger vorhanden	Mitarbeiter qualifiziert	Zusammenarbeit Konfession	Zusammenarbeit Gemeinden	Ehrenamtliche Mitarbeiter	Checkliste zur Einarbeitung	Stellen- / Aufgabenbeschreibungen
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	k.B.	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZLI	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	VP	nein
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	k.B.	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	k.B.	ja	k.B.	nein	nein
KHBE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	nein
RKWE	ja	ja	ja	ja	k.B.	t.n.z.	t.n.z.	ja
RKTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja

	Seelsorgeleitbild vorhanden	Seelsorger vorhanden	Mitarbeiter qualifiziert	Zusammenarbeit Konfession	Zusammenarbeit Gemeinden	Ehrenamtliche Mitarbeiter	Checkliste zur Einarbeitung	Stellen- / Aufgabenbeschreibungen
PDFR	ja	ja	ja	ja	ja	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
PDLI	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDOE	ja	nein	nein	nein	nein	k.B.	nein	nein
DSWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja

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 Mitarbeitergesprächen 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	Angebots-übersicht Seelsorge	Einstellungs-gespräche	Spirituelle Bedürfnisse Pat./BW	Mitarbeiter - Ausstattung mit NT	Evaluation
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja	VP	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZLI	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
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	nein	VP	nein	nein
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	VP	ja	ja	ja

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

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

Anmerkung: Die Bibeln werden laufend nachbestellt, da die in den Patientenschränken ausgelegt 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 / Informationen** / Zuwendung / Teilnahme an Gottesdiensten wird angeboten bzw. ermöglicht.
- Die Zufriedenheit mit dem Angebot wird regelmäßig **evaluiert**.

	Bedürfnisse Pat. / BW	Diakonische Angebote	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	VP	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	VP	ja	ja	ja

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

	Bedürfnisse Pat. / BW	Diakonische Angebote	Seelsorge / Informationen etc.	Evaluation
PDFR	ja	ja	t.n.z.	ja
PDLI	ja	ja	ja	ja
PDOE	VP	ja	ja	ja
DSWE	ja	ja	ja	VP

Angebote für Mitarbeiter umfassen folgende Kriterien:

- Regelmäßiger **Tagesordnungspunkt (TOP)** 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 Mitarbeiter (MA) erfolgt
- **Seelsorgeangebote** für MA, 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 Dienstbesprechungen	Teilnahme an int./ ext. Fortbildungen	Supervision	Seelsorgeangebote	Teilnahme an Aussegnungen / Beerdigungen
SZKÖ	VP	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja
SZLI	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	VP	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	VP	ja	VP
SZTR	nein	ja	nein	nein	VP
SZMÜ	VP	ja	ja	ja	ja

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

PDFR	ja	ja	ja	ja	ja
PDLI	ja	ja	ja	ja	ja
PDOE	ja	ja	VP	VP	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 (MA)** sind **qualifiziert**, die Sterbenden zu begleiten
- Die Umsetzung der VA und Standards wird regelmäßig überprüft bzw. **evaluiert**.

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

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

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

4.3.3 Standards / Leitlinien

4.3.3.1 Medizinischer / pflegerischer Bereich

Folgende Kriterien werden überprüft:

- Einführung der Nationalen Expertenstandards (**NES**)
- Einrichtungs**individuell** 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	Medizinische Leitlinien	Hygienestandards	Evaluation
SZKÖ	ja	ja	t.n.z.	ja	VP
SZFR	ja	ja	t.n.z.	ja	VP
SZLI	ja	ja	t.n.z.	ja	ja
SZOE	k.B.	ja	t.n.z.	ja	k.B.
SZWI	ja	ja	t.n.z.	ja	VP
SZWE	VP	ja	t.n.z.	ja	VP
SZTR	VP	ja	t.n.z.	ja	VP
SZMÜ	VP	VP	t.n.z.	ja	VP

KHBE	VP	ja	ja	ja	VP
RKWE	VP	ja	k.B.	ja	VP
RKTR	ja	ja	VP	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	VP	VP	t.n.z.	ja	VP

4.3.3.2 Beratung / Soziale Betreuung

Für den Bereich Beratung und der Sozialen Betreuung werden folgende Kriterien betrachtet:

- **Verfahrensweisungen (VA)** vorhanden?
- Wird die **Integration** der zielgerichteten Beratung und sozialen Betreuung **in den Pflegeprozess** sichergestellt? Gehen Einzelbetreuung und Beratungen auf die in der Pflegeanamnese / Biografie / Pflegeplanung dokumentierten Unterstützungsbedarfe ein? Werden Maßnahmen und Ergebnisse in der Pflegedokumentation erwähnt?
- Werden **Angebote bekannt** gemacht / **ausgehängt**?
- 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 **evaluiert**. Anpassungen des Programms werden vorgenommen.

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

KHBE	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	ja	t.n.z.
RKWE	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	k.B.	t.n.z.
RKTR	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	k.B.	t.n.z.

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

4.3.3.3 Technischer Dienst / Hauswirtschaft

Gefragt wird, ob in diesen Bereichen Standards umgesetzt wurden und regelmäßig überprüft werden. Bei den ambulanten Pflegediensten werden die Regelungen zu Leistungskomplexen **Hauswirtschaft** bewertet.

	Technischer Dienst	Speiseversorgung	Reinigung	Wäscheversorgung	Evaluation der Hygiene in der Küche
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja
SZLI	ja	ja	ja	ja	t.n.z.
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	k.B.
SZTR	VP	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja

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

	Technischer Dienst	Speiseversorgung	Reinigung	Wäscheversorgung	Evaluation der Hygiene in der Küche
PDFR	ja	ja	ja	ja	t.n.z.
PDLI	ja	ja	ja	ja	t.n.z.
PDOE	ja	ja	ja	ja	t.n.z.
DSWE	VP	VP	ja	VP	t.n.z.

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 **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	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	VP
SZLI	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	VP
SZWE	ja	k.B.	ja	VP	ja	VP
SZTR	nein	ja	nein	ja	ja	nein
SZMÜ	ja	ja	ja	VP	VP	VP
KHBE	ja	t.n.z.	ja	ja	ja	t.n.z.
RKWE	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
RKTR	ja	ja	VP	nein	VP	ja

	VA	Checkliste Erstkontakt	Erstgespräch: Info-Sammlung	Weiterleitung	Checkliste Aufnahme	Evaluation
PDFR	ja	ja	ja	ja	ja	VP
PDLI	ja	ja	ja	ja	ja	VP
PDOE	VP	ja	ja	nein	VP	nein
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** (ambulanz)
- 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 In-
krafttreten betragen.

	Beschriftung	Dreizeiligkeit	Soll-/Ist- Abgleich	Legende der Abkürzungen	Sonderzeit en	24-Std.- Erreich- barkeit	Ausfallzeiten	Freistel- lung / Anleitungs- zeiten	Doku- menten- echtheit	Datum Erstellung	Veröffent- lichung
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja	t.n.z.	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	t.n.z.	ja	ja	ja	ja	ja
SZLI	ja	ja	ja	ja	nein	t.n.z.	ja	ja	ja	ja	VP
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	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	ja	ja	ja	t.n.z.	ja	ja	ja	ja	VP
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja	t.n.z.	ja	ja	ja	ja	nein
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	t.n.z.	ja	nein	ja	ja	ja
KHBE	ja	ja	ja	ja	ja	t.n.z.	VP	ja	ja	ja	ja
RKWE	ja	ja	ja	ja	ja	t.n.z.	ja	ja	ja	ja	ja
RKTR	ja	ja	ja	ja	ja	t.n.z.	ja	ja	ja	ja	ja
PDFR	ja	ja	ja	ja	VP	ja	ja	VP	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	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	VP

4.4.1.3 Pflegerische Versorgung

Bewertet wird, ob die pflegerische Versorgung ganzheitlich 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 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).
- 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	Evaluation	Schriftlich dokumentierte / aktuelle Verordnungen
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	k.B.	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	VP	ja	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja

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

PDFR	ja	ja	ja	VP	ja	ja
PDLI	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
DSWE	VP	ja	k.B.	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 – an dieser Stelle jeweils der letzte Schritt (Anpassung) in Form eines Maßnahmenplans. In Kap. 4.3.3.2 wird das Konzept behandelt.

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

4.4.1.5 Ernährung

Für die Pflegedienste gelten Kriterien nur, wenn ein ‚Fahrbarer Mittagstisch‘ vermittelt oder angeboten wird.

Kriterien der Speiseversorgung: Speiseplan - Ausgewählte Kriterien:

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

Essenszeiten:

- Ausreichender Zeitraum zur Nahrungsaufnahme
- Mittagessen nicht vor 12 h
- 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

Kriterien der Getränkeversorgung:

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

Insgesamt wird das Ergebnis **evaluiert:**

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

	Speiseversorgung - Kriterien erfüllt	Getränkeversorgung - Kriterien erfüllt	Evaluation
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	ja	ja	ja
RKWE	ja	ja	ja
RKTR	ja	ja	ja

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

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

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

KHBE	2-
RKWE	2+
RKTR	1-

PDFR	t.n.z.
PDLI	t.n.z.
PDOE	3+
DSWE	t.n.z.

4.4.1.6 Medikamentenversorgung

- Eine **Verfahrensweisung (VA)** 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 **Medikamente** werden ausschließlich anhand der **Dokumentation** in den Bewohner- / Patienten**akten** gestellt.
- Die **BTM** werden ausschließlich im **BTM-Buch** geführt und ausgetragen.
- Der **Abgleich** des Soll- und **Ist-Bestandes** an **BTM** wird **dokumentiert** und stimmt mit den **Verordnungen** überein.

	VA	Med.-Schränke abschließbar	Kennzeichnung	Lagerung Medikamentenkühlschrank	Dokumentation Medikation in den Akten	Dokumentation der BTM im BTM-Buch	Dokumentation / Abgleich BTM-Verordnung / Bestand
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	VP	ja	VP
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZLI	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
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	ja	ja	VP
RKWE	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
RKTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDLI	ja	ja	ja	ja	ja	t.n.z.	ja
PDOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	t.n.z.
DSWE	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.	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.

- Im Rahmen des Qualitätsmanagementsystems werden Abläufe auf Ihre Wirksamkeit hin systematisch überprüft: **Pläne** für die **Audits, Visiten, Qualitätszirkel** etc. liegen vor – Ergebnisse münden in **Maßnahmenpläne**.

	VA	QMB	Stellenbeschreibung QMB	QMH	Interne Kommunikation	Planung der Audits, Visiten, Qualitätszirkel etc. sowie Maßnahmenpläne vorhanden?
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	VP	VP	ja	ja	VP	nein
SZMÜ	VP	VP	nein	VP	ja	ja
KHBE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
RKWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
RKTR	VP	VP	ja	ja	VP	nein
PDFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDLI	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDOE	VP	ja	nein	VP	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 **Beauftragte benannt**, qualifiziert und **bestallt**, die mit der QMB zusammenarbeiten.
- **Qualitätssicherungsmaßnahmen (QS-Maßnahmen)** werden in allen **Teilbereichen** regelmäßig durchgeführt (z.B. Begehungen zum Arbeits- / Brandschutz und Hygienemanagement, Pflegevisiten) - **Maßnahmenpläne** liegen in allen Bereichen vor – die Umsetzung wird überprüft und abgezeichnet.
- Der **QMB** ist die **zentrale 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	Managementbewertung	Kommunikation der Ergebnisse und Pläne
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	VP	ja	ja	ja
SZLI	VP	ja	VP	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	VP	ja	VP	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	VP	ja	ja	ja
KHBE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
RKWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
RKTR	VP	ja	VP	ja	ja	ja
PDFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDLI	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDOE	VP	VP	VP	ja	VP	VP
DSWE	VP	VP	VP	ja	ja	ja

4.4.2.3 Fort- und Weiterbildungsmanagement als Instrument des Qualitätsmanagements und der Personalentwicklung

- Die **Verfahrensanweisung (VA)** zum Fort- und Weiterbildungsmanagement liegt vor).
- Der **Fortbildungs- / Weiterbildungsbedarf** wird regelmäßig in allen Bereichen (Pflege-, Arztdienst, Hauswirtschaft, Therapeutischer Dienst etc.) **ermittelt**.
- **Fortbildungspläne** werden auf den **Bedarf der Mitarbeiter abgestimmt** und regelmäßig für alle Bereiche erstellt sowie in der Einrichtung veröffentlicht.
- Die **Pläne** berücksichtigen die **Notwendigkeiten** der Einrichtungen (z.B. **Bedarfe**, die sich aus den Auditergebnissen ergeben, neue Anforderungen und Fachschwerpunkte).
- Fortbildungspläne weisen **Fortbildungspunkte** (,Registrierung beruflich Pflegender', ,Fortbildungspunkte', anerkannt durch die jeweilige **Landesärztekammer**) aus.
- Die Pläne weisen **Schwerpunktthemen** (→ 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	Bedarfs-ermittlung	FB-Pläne auf Bedarf d. Mitarbeiter abgestimmt / veröffentlicht	Pläne berücksichtigen Notwendigkeiten und Bedarfe der Einrichtung	Fortbildungs-punkte (Registrierung beruflich Pfle-gender, Landes-ärztekammer)	Schwer-punkt-themen	Pflicht-fortbildun-gen	Fortbildungs-budget	Teilnahme wird überprüft	Evaluation des Erfolges
SZKÖ	VP	ja	ja	ja	nein	nein	ja	VP	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	nein	nein	ja	VP	ja	ja
SZLI	ja	ja	ja	ja	nein	nein	ja	nein	ja	ja
SZOE	VP	ja	ja	ja	ja	VP	ja	VP	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	nein	nein	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	nein	VP	ja	ja	ja	ja
SZTR	VP	VP	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	VP	VP	ja	VP	nein	nein	ja	VP	ja	ja
KHBE	ja	ja	ja	ja	VP	VP	ja	VP	ja	ja
RKWE	VP	VP	VP	VP	ja	ja	ja	VP	ja	ja
RKTR	VP	VP	ja	ja	nein	nein	ja	ja	ja	ja
PDFR	ja	ja	ja	ja	nein	nein	ja	nein	ja	ja
PDLI	ja	ja	ja	ja	nein	nein	ja	k.B.	ja	ja
PDOE	VP	ja	ja	ja	nein	nein	ja	nein	ja	ja
DSWE	ja	ja	nein	VP	nein	VP	ja	nein	VP	VP

4.4.2.4 Fachliteratur und Fachzeitschriften

- Eine Auswahl aktueller **Fachbücher** wird für alle Mitarbeiter zugänglich aufbewahrt.
- Mindestens eine periodisch erscheinende **Fachzeitschrift** mit **Umlauf-dokumentation** 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	ja	ja	ja
RKWE	ja	ja	ja
RKTR	ja	ja	ja

	Fachbücher	Fachzeitschrift / Umlauf	Literaturliste
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).
- **Pflichtfortbildungen** 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	ja	ja	ja	k.B.
SZFR	ja	ja	ja	VP
SZLI	ja	ja	ja	nein
SZOE	ja	ja	ja	k.B.
SZWI	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	k.B.
SZTR	ja	ja	ja	nein
SZMÜ	ja	ja	ja	VP

KHBE	ja	ja	ja	VP
RKWE	ja	ja	ja	VP
RKTR	ja	ja	ja	nein

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

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	ja
SZLI	ja	ja	ja	ja	k.B.	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	VP	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	VP	ja	ja	ja	ja	VP
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja
KHBE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
RKWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
RKTR	VP	ja	ja	ja	ja	VP
PDFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDLI	VP	ja	VP	ja	ja	ja
PDOE	ja	ja	ja	ja	ja	VP
DSWE	VP	VP	VP	VP	VP	VP

4.5 Ergebnisqualität: (Pflege)-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** (ambulant: Bewertung nur der Leistungen, die erbracht wurden):

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

Umfeld (Seniorenzentren, Krankenhaus und Reha-Kliniken)

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

Unterkunft und Verpflegung (ambulant nur, wenn ein ‚Fahrbarer Mittagstisch‘ angeboten wird)

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

Zufriedenheit des Pat. / BW (ambulant: Zufriedenheit mit der Versorgung)

- 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	1-	2+	2+	1-
SZFR	2+	2+	2	2-
SZLI	2-	3+	3+	2-
SZOE	1	2+	1	1
SZWI	1	1-	k.B.	k.B.
SZWE	1-	2+	2	1-
SZTR	1-	2+	2+	1-
SZMÜ	2+	2+	3	1-
KHBE	1	2-	2-	2+
RKWE	2+	2-	2+	2+
RKTR	2+	2-	1-	1-
PDFR	1-	k.B.	k.B.	2+
PDLI	1-	k.B.	k.B.	2+
PDOE	1-	k.B.	3+	2
DSWE	1	k.B.	k.B.	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.

	Vollständigkeit der Formulare / Verwendung
SZKÖ	2+
SZFR	1-
SZLI	2
SZOE	1-
SZWI	1
SZWE	2
SZTR	2
SZMÜ	2

KHBE	2+
RKWE	2
RKTR	2+

PDFR	2+
PDLI	2
PDOE	3+
DSWE	2

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 Prüfungszeitpunkt muss sich anhand der Pflegeplanung und seiner Aus- und

Neubewertungen nachvollziehen lassen. Alle Ereignisse, Befindlichkeiten und Besonderheiten inklusive zugehöriger Maßnahmen und Überprüfungsintervalle wurden von den zuständigen Pflegefachkräften vorgetragen und mussten aus der Dokumentation hervorgehen (siehe Revisionsberichte, Kapitel 4.3). Die Bewertung dieses Kriteriums erfolgte mittels Schulnoten.

Das Kriterium **Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit** bezieht sich auf den dargestellten Pflegeprozess. Denn mag die Darstellung durch die Pflegefachkräfte oder die Beschreibung in der Dokumentation auch gut sein, können dennoch Informationslücken entstehen, weil ältere Teile der Dokumentation ausgelagert und archiviert wurden und für die Nachvollziehbarkeit des Gesamthergangs nicht mehr zur Verfügung stehen.

	Darstellung Pflegeprozess / Versorgungsprozess	Vollständigkeit / Nachvollziehbarkeit
SZKÖ	1-	ja
SZFR	2+	ja
SZLI	2-	ja
SZOE	2+	ja
SZWI	1	ja
SZWE	2	ja
SZTR	2	ja
SZMÜ	2-	ja

KHBE	1-	ja
RKWE	2+	ja
RKTR	1	ja

PDFR	1-	ja
PDLI	2	ja
PDOE	2+	VP
DSWE	2+	ja

4.7 Rezertifizierung und erstmalige Zertifizierung

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 2010 mit der Zertifizierung der Reha-Klinik Bethel Welzheim erreicht.

Die zweitägigen Prüfung der DMBE durch die Auditoren der proCum Cert bestätigte die Eignung des Bethel-QM-Systems sowie die Wirksamkeit der Internen Revision

für Medizin und Pflege (**s.u.**). Aufgrund dieser Voraussetzung konnte der Rezertifizierungszyklus nach dem bewährten Verfahren der ‚Matrixzertifizierung‘ für die Seniorenzentren und Pflegedienste 2010 erneut beginnen.

Dieses Jahr erhielten die Seniorenzentren SZWI und SZLI sowie der Pflegedienst PDLI das Zertifikat nach DSP.

Die Auditoren der proCum Cert GmbH, Herr Seisler und Herr Lukasik, fokussierten zunehmend auf sogenannten Überprüfungs- (Check) und Anpassungsschritten (Act) des Plan-Do-Check-Act-Zyklusses. Die Ergebnisse lassen sich im ‚**Bericht zur Wiederholungsbegutachtung 2010**‘ nachlesen. Der Bericht wurde im Internet veröffentlicht⁶.

Fakultativ ist die Zertifizierung nach DIN-EN-ISO 9001:2008. Die Seniorenzentren SZMU und SZOE sowie der Pflegedienst PDOE haben sie erfolgreich durchlaufen – das SZTR sowie die Reha-Klinik RKTR planen ihre Zertifizierung für das Ende der zweiten Jahreshälfte 2010.

Die nächsten Termine der Rezertifizierung nach DSP für 2011 wurden mit allen Beteiligten vereinbart und betreffen die Seniorenzentren SZOE, SZWE, SZTR und SZMU.

4.8 Ergebnisse der Zertifizierungsaudits nach DSP

Nachdem die Verbesserungspotentiale der vergangenen Jahre umgesetzt wurden bzw. zurzeit umgesetzt werden, können die Auditoren dem DwB insgesamt bescheinigen, dass das QM-System gut funktioniert (**vgl. Kapitel 4.9**).

Im Einzelnen wurden einrichtungsübergreifend folgende Stärken festgestellt (**vgl. Bericht zur Wiederholungsbegutachtung, 2010: 4**):

- Sehr gute **Qualitätslenkung** durch Geschäftsstelle und QMB vor Ort
- Durchgehend effektive **Qualitätszirkelarbeit**
- Hervorragende **Projektarbeiten** mit Darstellung und Dokumentation
- Sehr hohe Kundenorientierung
- Sehr hoher **Fortbildungsstand** der Mitarbeiter

⁶ www.bethelnet.de/index2.php?site=qualitaetsentwicklung_qualitaetsberichte

- Sehr gute aussagekräftige **Managementbewertungen und Qualitätsberichte**

Der ‚Kontinuierliche Verbesserungsprozess‘ kann in seiner Wirksamkeit jedoch noch gesteigert werden, wenn das „**zentrale Fehlermanagement** (..) verstärkt wird.“ (**Be-richt zur Wiederholungsbegutachtung 2010: 7**). Alle Kern- und Unterstützungsprozesse müssen darauf hin bewertet werden, ob auftretende Fehler systematischer oder zufälliger Natur und wie groß deren Schadenspotentiale für Menschen und Maschinen waren. Im Nachgang müssen die Geschäftsführungen intern geeignete Vorbeugemaßnahmen abstimmen und in einem zentralen Maßnahmenplan dokumentieren. In nachfolgenden Managementberichten müssen die Leitungen die Wirksamkeit ihrer Maßnahmen einschätzen, und ggf. weitere Ziele und Maßnahmen konkretisieren.

Weitere zentrale Verbesserungspotentiale wurden zur Dokumentation des Managementsystems angemerkt (**ebd.:13**):

- Die Aufgaben der Qualitätszirkel sollten definiert und Aufträge schriftlich benannt werden
- Eine Verstärkung der Datenanalyse aus den Auswertungen – z.B. aus Managementberichten und Pflegevisiten - würden die ‚Kontinuierlichen Verbesserungsprozesse‘ (KVP) deutlicher darstellen (s.u.)
- Die Stellenbeschreibung des Sachbearbeiters Produkte sollte auf die QM-Forderungen (DIN-EN-ISO 9001:2008) hin überprüft werden
- Die Schnittstellenbeschreibungen – intern und extern – sollten überarbeitet werden
- Die Praxistauglichkeit der Software MCC in der Pflegeplanung sollte überprüft werden (...) (s.u.)

Daneben wurden, wie jedes Jahr, weitere einrichtungsspezifische Stärken und Verbesserungspotentiale aufgelistet. Die Verbesserungspotentiale müssen von allen Einrichtungen geprüft und ggf. umgesetzt werden (**ebd.: 8ff.**).

4.9 Zentrale Projekte zur Konzernentwicklung 2010

Aus den Erfahrungen der Internen Revisionen sowie der Zertifizierungsaudits entstand die Notwendigkeit, die

- **Weiterentwicklung der Standardisierung** zentraler Dokumente und Verfahren sowie
- **die inhaltliche und formelle Gestaltung** der Auditberichte, Maßnahmenplanungen und Managementbewertungen

voranzubringen. Drei Projekte wurden aus den Notwendigkeiten abgeleitet, zentral geplant und geleitet, getragen von Experten der Einrichtungen:

1. ‚Vereinheitlichung des konzernweiten Verständnisses der DSP und KTQ-Anforderungen⁷: In den Einrichtungen waren themenspezifisch voneinander abweichende Auffassungen zu Anforderungen des DSP- und KTQ-Kataloges entstanden, die sich in unterschiedlichen Verfahrensanweisungen niederschlugen, was der zentralen Steuerung und Matrixzertifizierung entgegenwirkt. Die Harmonisierung der Regelungen in den Einrichtungen wird 2011 im Rahmen der Internen Revisionen überprüft.
2. ‚Benchmark: Vereinheitlichung der UB-Managementbewertungen‘: Jede Einrichtung hatte ihren eigenen Katalog entwickelt, große Unterschiede bestanden auch beim organisatorischen Ablauf sowie dem Umfang und der Qualität des Datenmaterials, dem Zeitpunkte der Datenerstellung, Bewertung und Präsentation, der Festlegung von Jahreszielen etc. Die Entwicklung eines gemeinsamen Managementbewertungskataloges stellt künftig die Vergleichbarkeit sicher. Die Ergebnisse fließen erstmals 2011 in den konzernweiten Qualitätsbericht ein.
3. ‚Vereinheitlichung der Pflegevisiten: Entwicklung eines gemeinsamen Bewertungskataloges‘: Häufigkeit, Umfang, Kataloge, Visitenarten und Visitengründe waren in allen Einrichtungen unterschiedlich, so dass die in den Managementbewertungen dargestellten Ergebnisse nicht und die Angaben in der konzernweiten Kennzahl ‚Regelmäßige Durchführung der Pflegevisiten‘

⁷ Bundesrahmenhandbuch ‚Diakoniesiegel-Pflege‘; Manual ‚Kooperation für Transparenz und Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen‘

nur eingeschränkt vergleichbar waren. Das Ziel des Projektes stellte die Entwicklung eines gemeinsamen Kataloges sowie die Festlegung einer gemeinsamen Planungsgrundlage für Pflegevisiten dar.

Darüber hinaus wurde das Projekt bezüglich des edv-gestützten Dokumentationsprogramms, MCC, das 2009 mit der Erstellung eines Pflichtenheftes begonnen hatte, fortgeführt (Verbesserungspotentiale zur Dokumentation s.o.). Da der Hersteller 2011 die Weiterentwicklung und Unterstützung des bisherigen Dokumentationssystems, des sogenannten ‚MCC.Classic‘ einstellen wird, mussten 2010 in Frage kommende Nachfolgeprodukte in Augenschein genommen und konzernweit abgestimmt werden.

Im Seniorenzentrum Bethel Bad Oeynhausen wurde getestet, ob bei der Installation des Nachfolgeproduktes (‚MCC.Net‘) alle bisherigen Daten zur Verfügung stehen und weiterhin verwendet werden können, nicht aktualisierte Module aus MCC-Classico auf MCC.Net fehlerfrei funktionieren.

4.10 Schwerpunktthemen 2010 – Ergebnisse

Folgende Prüfungsschwerpunkte wurden während der Internen Revisionen thematisiert:

- Bei der **Umsetzung der Nationalen Expertenstandards** (NES) weisen die Einrichtungen noch kein einheitliches Niveau auf, so dass dieses Thema in 2011 ein Prüfungsschwerpunkt bleiben wird. Im Rahmen des zentralen Projektes ‚Vereinheitlichung der Pflegevisiten: (...)‘ (**siehe Kap. 4.9**) wurde u.a. auf den ‚Check- und ‚Act-Schritt‘ fokussiert und ein verbindliches Vorgehen erläutert und beschlossen, so dass für 2011 konzernweit vergleichbare Ergebnisse zu erwarten sind. Darüber hinaus bereitet teilweise die Festlegung der Durchführungs- und Prozessverantwortlichkeiten sowie der zustandsangemessenen Evaluations- bzw. **Dokumentationsintervalle** (s.u.) bezüglich des Versorgungsprozesses Schwierigkeiten. Im Rahmen des Projektes zur Einführung des neuen MCC.Net werden diese Aspekte thematisiert.
- **Nachvollziehbarkeit des (Versorgungs-)Pflegeprozesses:** Die Nachvollziehbarkeit des Pflegeprozesses war in allen Einrichtungen gegeben und fast immer ein schneller Zugriff auf archivierte Akten möglich. Besonders bei Langzeitpflegen bleibt die Rückverfolgbarkeit der Entwicklung bis zur Aufnahme des Bewohners / Patienten überwiegend mit einem hohen Recherche-

aufwand verbunden. Dieser Mangel wird nicht durchgehend behoben werden (**vgl. Kap. 4.6**).

- Die **prospektive Festlegung von Dokumentationsintervallen** in der Pflegeplanung, die sich nach der Dringlichkeit auftretender (Pflege-)Phänomene (stabil bzw. chronisch / instabil bzw. akut) richten, stellt noch keine Selbstverständlichkeit in den Einrichtungen dar. Zu häufig werden ‚Routineintervalle‘ (vierwöchig, 3-monatlich, halbjährlich) festgelegt. Die Ausrichtung der Planung auf prospektiv geplante und dokumentierte Evaluationszeitpunkte wird darüber hinaus nicht vom gegenwärtigen elektronischen Dokumentationssystem MCC.Classic unterstützt. Im Zuge der Einführung des Nachfolgeprogramms MCC.Net wird dieser Aspekt 2011 erneut thematisiert.
- **Integration der Sozialen Betreuung** (und anderer Berufsgruppen) in die (Pflege-)Dokumentation: Die Integration der sozialen Betreuung sowie anderer Berufsgruppen in eine gemeinsame Dokumentation ist fast durchgehend umgesetzt worden. Abweichungen – in Einzelfällen verfügten Mitarbeiter des Sozialdienstes, Seelsorger oder Ehrenamtliche über keinen Zugang - wurden thematisiert. Im Rahmen des Projektes zur Einführung von MCC.Net wird die **gemeinsame Dokumentation** behandelt und optimiert.
- **Optimierung von MCC.Classic**: Die Weiterentwicklung von MCC.Classic wurde in Absprache zwischen DMBE und RZV eingestellt. Hieraus resultierende Schwierigkeiten werden bis zur Einführung des Nachfolgeproduktes hingenommen (**siehe Kap. 4.11**).
- Die **Weiterentwicklung des Dienst- und Tourenprogramms** für die Pflegedienste, **C&S**, konnte nicht vorangetrieben werden und wurde zugunsten anderer Maßnahmen zurückgestellt. Vor allem von der DSWE wird ‚der Faden‘ 2011 wieder aufgenommen.
- Die **Einführung des Dienstplanprogramms** in den SZ, RK und dem KH, **Atoss**, wurde in der Verantwortung der PABE fortgeführt. 2011 muss es bezüglich der Konzernanforderungen (Kennzahlensystem, Zertifizierungssysteme) weiter optimiert werden.

- Die **Begrifflichkeiten** aller QM-Handbücher wurden gemäß der bethelweiten Konventionen angepasst, die Maßnahmen durch ein zentrales Projekt (vgl. Kap. 4.9, Punkt 1) flankiert.

4.11 Schwerpunktthemen 2011

Aus den Ergebnissen von 2010 leiten sich für 2011 folgende Prüfungsschwerpunkte ab:

- **Fehlermanagement / Vorbeugemanagement** – Check- und Act-Schritte müssen in allen Einrichtungen auf alle relevanten Bereiche und nachweisbar angewandt werden. Der Umgang mit Fehlern und das Ableiten geeigneter Vorbeugemaßnahmen wird sowohl während der Rezertifizierungsaudits als auch der Internen Revisionen thematisiert.
- Zugespitzt wird der vorangegangene Aspekt auf **den Umgang mit Notfällen, vor allem medizinischer Notfälle**. Da diese sehr selten vorkommen, werden diese häufig nicht systematisch ausgewertet.
- **Nationale Expertenstandards (NES)** – Die Prozess- und Durchführungsverantwortlichkeiten müssen eindeutig geklärt, die Durchführung von Audits nach NES zur Kontrolle der Umsetzung der Expertenstandards auf Grundlage von repräsentativen Stichproben gewährleistet und prospektiv zustandsangemessene Evaluationsintervalle von den Bezugspflegefachkräften festgelegt werden.
- Das **Nachfolgeprodukte von MCC.Classic** wird in allen Einrichtungen auf Grundlage der Erfahrungen mit der Datenmigration, die 2010 im SZOE gesammelt wurden, **eingeführt**. Sukzessive müssen die entsprechenden Module eingeführt, auf die Anforderungen des konzernweiten Pflichtenheftes angepasst (z.B. Möglichkeit der prospektiven Festlegung von **Dokumentationsintervallen**) und die **gemeinsame Dokumentation** aller Berufsgruppen weitgehend sichergestellt werden. Hierfür wird eine Projektgruppe gebildet und zentral gesteuert, die sich aus Mitarbeitern aller UB und Repräsentanten aller Berufsgruppen zusammensetzt.

- **Weiterentwicklung von Atoss und C&S:** Die Programme müssen die Anforderungen des Diakoniewerks bzgl. der Kennzahlen oder der Qualitätssysteme erfüllen (Projektleitung Atoss: PABE).
- **Die Umsetzung** der Ergebnisse des zentralen Projektes ‚**Vereinheitlichung des konzernweiten Verständnisses** der DSP und KTQ-Anforderungen‘ wird im Rahmen der Internen Revisionen in Medizin und Pflege überprüft.

4.12 Die Prüfergebnisse nach Schulnoten 2008 bis 2010 in der Synopse

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

Pos. 2010	Pos. 2009	UB/AF	Vor-Ort-Prüftermine	Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung (DS: nur Orientierung)			Ordnung, Sauberkeit, Hygiene			Konzepte und Standards			Pflegerisches / ärztliches / therapeutisches Management			Ergebnisqualität: (Pflege-)Zustand der BW / Pat.			Ergebnisqualität: Dokumentation			Durchschnitt (Pflegezustand doppelt gewichtet)		
				08	09	10	08	09	10	08	09	10	08	09	10	08	09	10	08	09	10	08	09	10
1.	1.	SZOE	15.3. - 16.3.2010	2	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	2	1 -	1 -	2 +	1-2	1 -	1 -	1	2	2 +	1-2	1,5	1,2	1,1 ↑	
1.	1.	PDFR	23. - 24.6.2010	2	1	1	2	1	1	2	1-2	1-2	2	2	1-2	2	1 -	1 -	2	1 -	1 -	2,0	1,2	1,1 ↑
1.	3.	SZWI	10.03.2010	2	2	1 -	2 +	2 +	1	2	1-2	1-2	2 +	1-2	1-2	2 +	1 -	1	2	1-2	1	2,0	1,5	1,1 ↑
2.	2.	SZKÖ	19. - 20.5.2010	3-4	2 -	1-2	1-2	1-2	1-2	3 +	1 -	2 +	2	1-2	1 -	1 -	1 -	1 -	2	2 +	1 -	2,0	1,4	1,3 ↑
3.	2.	SZWE	3.2. - 4.2.10	2	1 -	1	1-2	1 -	1	2	1	1 -	2-3	2 +	1-2	2,0 -	1-2	1-2	2-3	2 +	2	2,1	1,4	1,4 =
3.	4.	RKTR	14.-15.7.2010	3	2 +	1-2	2 -	1	1	3	2 +	2 -	3	2 +	1 -	2 -	1-2	1-2	2-3	1-2	1 -	2,5	1,6	1,4 ↑
4.	5.	SZFR	2.6. - 3.6.2010	3 +	1-2	1-2	2	2 +	2	5	1-2	1 -	4 -	1-2	1-2	2 +	1-2	1-2	3	3 +	2 +	3,0	1,8	1,6 ↑
4.	k.B.	KHBE	24.2. - 25.2.10	2	3-4	2-3	1 -	1 -	2	2	k.B.	1-2	2	k.B.	1-2	1 -	1 -	1	2	2 +	2 +	1,5	1,7	1,6 ↑
4.	7.	PDLI	05.05.2010	3 +	3 +	2	1 -	1-2	2	2 +	1-2	1-2	2 +	2	1 -	1 -	2 +	1-2	2	2-3	2 -	1,7	2,1	1,6 ↑
4.	3.	SZTR	12.-13.7.2010	2	1 -	1	1 -	1 -	1	2-3	2 -	3	2	2-3	2-3	1 -	1 -	1 -	2	2 +	2 -	1,6	1,5	1,6 ↓
5.	8.	RKWE	05.02.2010	2 -	1 -	1 -	2	1-2	1-2	3	2 -	2 -	3 +	3 +	3	2	1-2	1-2	3 -	2 -	2 -	2,4	1,8	1,8 =
6.	3.	SZMÜ	14.4.-15.4.2010	3	2 +	2	1-2	1-2	2	2 +	1 -	2 -	2 +	2 +	2 -	2 +	1-2	2 +	2 -	1 -	2	2,1	1,5	2,0 ↓
6.	6.	PDOE	16. - 17.3.2010	k.B.	1 -	1	k.B.	1	1 -	k.B.	2	3	k.B.	2-3	3	k.B.	2	1-2	k.B.	3	3	k.B.	1,9	2,0 ↓
7.	8.	DSWE	01.02. - 02.02.10	3	3 +	3 -	2	2 -	2-3	3-4	3 +	3-4	3	2-3	2-3	2 +	2 +	1 -	2 +	2 +	2-3	2,5	2,4	2,3 ↑
8.	9.	SZLI	06.05.2010	2	2-3	4	2 +	2 +	2	3	4 -	2-3	2 +	3 -	2-3	2	2	2	2	3-4	3	2,2	2,7	2,5 ↑

5 Zusammenfassung

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

Rezertifiziert wurden in 2010 die Seniorenzentren SZLI und SZWI sowie der ambulante Pflegedienst PDLI nach Diakonie-Siegel Pflege in der Version 2.0. Nach KTQ in der Version für Reha-Kliniken 1.1 wurde die Reha-Klinik RKWE zertifiziert.

Nachdem 2009 der Kernprozess ‚Bewohner-/Patientenversorgung‘ sowie einzelne Teilprozesse wie der der ‚Personalbeschaffung‘ im Mittelpunkt standen, waren es 2010 unter anderem die Therapeuten und Ärzte der Kliniken sowie die die Kernprozesse unterstützenden Bereiche, wie Hauswirtschaft, Technik oder Soziale Betreuung. Fokussiert wurde hierbei auf ‚typische‘ Themen des Qualitätsmanagements, wie beispielsweise auf die Organisation der Fort- und Weiterbildung, auf die Einarbeitung neuer Mitarbeiter, die Teamentwicklung, das Fehler- und Vorbeuge- management, die Kommunikation mit anderen Berufsgruppen oder die Vollständigkeit des sogenannten PDCA-Zyklusses.

Während sich die Berufsgruppe des Pflegedienstes in den letzten Jahren auf umfassende Prüfungen des Qualitätsmanagementsystems einstellen konnte und ‚im Rampenlicht‘ stand, blieben andere Berufsgruppen und Teilprozesse eher am Rande. Aus diesem Grunde herrscht hier allgemein noch Nachholbedarf.

In der Kategorie ‚**Bauliches, Wohnliches, Orientierung**‘ zeigen die Kriterien (**vgl. Kapitel 4**) keine Auffälligkeiten. Die mit ‚Nein‘ bewerteten Aspekte einiger Kriterien (→ SZLI, SZTR, RKTR) weisen auf unvollständige Regelungen hin. Die Einrichtungen müssen die Regelungen erstellen oder anpassen.

Auf **Abnutzungserscheinungen** an Wänden und Fußböden, die 2009 auffielen, wurde in vielen Einrichtungen reagiert, indem Ausbesserungsarbeiten weitgehend systematisiert wurden, so dass die Kategorie allgemein besser benotet werden konnte (**vgl. Kapitel 4.12**). Bezüglich der Atmosphäre und Wohnlichkeit sollten die Einrichtungen sich weiter verbessern, da Zimmer und Aufenthaltsräume teilweise

nüchtern wirken – beispielsweise wenn Bewohner keine eigenen Möbelstücke oder Bilderschmuck mitbringen.

Das Seniorenzentrum Bethel Lichterfelde (SZLI) und die Diakoniestation Bethel Welzheim (DSWE) fallen aus dem bethelweiten positiven Trend heraus. Das SZLI kann sein Alter nicht verleugnen und muss saniert werden, bei der DSWE waren Räumlichkeiten, die neu bezogen wurden, noch nicht vollständig eingerichtet, die Funktionalität für die Mitarbeiter einiger Regionalbereiche nicht gegeben.

In der Kategorie ‚**Ordnung, Sauberkeit, Hygiene**‘ stehen vor allem das Hygienemanagement und – als Teil der Hauswirtschaft – die Reinigung im Fokus. Verbesserungspotentiale können vereinzelt festgestellt werden. Hat die Einrichtung hauswirtschaftliche Leistungen ausgelagert, müssen **Lieferantenbewertungen** vorliegen. Die Leistungserbringer müssen beweisen, dass ihre Mitarbeiter beispielsweise bei auftretenden Infektionen angepasste Reinigungsleistungen erbringen und sich und andere gegen Übertragung schützen können. Schulungen der Mitarbeiter müssen durchgehend durchgeführt, regelmäßig besucht und Teilnahmebescheinigungen auf Nachfrage vorgelegt werden (**vgl. Kap. 4.2**).

Die **Qualitätsmanagementhandbücher** sind überwiegend aktuell. Inzwischen werden Unterschiede bezüglich der Erstellung, Aktualisierung und Umsetzung der Regelungen dort ersichtlich, wo aus bestimmten Gründen – hauptsächlich Umstrukturierungen oder personelle Veränderungen – die Kontinuität der Qualitätsarbeit nicht durchgehend gewährleistet werden konnte (**vgl. die Benotungen des Bereiches ‚Konzepte und Standards‘, Kap. 4.12**).

Die Einrichtungen setzen zunehmend auf **niederschwellige Angebote** (Haltestelle → PDLI, Demenzkaffee → SZWI), **Schwerpunkte** (Schmerzfrees Krankenhaus → KHBE, Wundmanagement → PDLI / PDFR, **Ambulante Angebote** (Physio- und Ergotherapie → RKWE, Kinderlogo- und -ergotherapie → RKTR) oder die **Betreuung gerontopsychiatrischer und dementiell veränderter Menschen** (‚Beschützende Bereiche‘ → SZMÜ, SZWE, SZWI) sowie **spezielle Konzepte** (Dementia-Care-Mapping → SZWI, SZOE, SZMÜ) (**vgl. Kap. 4.3.1**).

Wie im letzten ist auch in diesem Jahr in allen Einrichtungen das **Diakonische Profil** erkennbar. In Details gibt es Verbesserungspotential. Die Erwartungen des

Diakoniewerks müssen an alle Mitarbeiter schon während der Vorstellungsgespräche herangetragen und in den Stellenbeschreibungen ausgeführt werden. Darüber hinaus müssen die Mitarbeiter entsprechend unterstützt werden, wie z.B. durch Supervisionsangebote oder die Möglichkeit, an Aussegnungen und Beerdigungen teilnehmen zu können (**vgl. Kap. 4.3.2.6 ff.**).

Die Einführung von **Nationalen Expertenstandards** ist in den Einrichtungen fortgeschritten. Abläufe sollten jedoch durchgehend **Prozessverantwortlichen** zugeordnet werden. **Audits** nach Expertenstandards sind in den Einrichtungen bethelweit noch keine Routine. 2011 werden folgende Aspekte weiterhin thematisiert: die interne Ausrichtung auf sowie die Audits nach den Nationalen Expertenstandards (**vgl. Kap. 4.3.3.1**).

Schwerpunkte des Bereichs ‚**Pflegerischen / ärztlichen / therapeutischen Managements**‘ bezogen sich auf die Abläufe rund um die **Aufnahme** von Bewohnern und Patienten sowie die Zusammenarbeit aller Berufsgruppen. Je mehr Mitarbeiter und Berufsgruppen einbezogen sind, desto komplexer stellte sich der Gesamtprozess dar.

In vielen Einrichtungen wird der **Gesamtprozess bzw. seine Teilprozesse** unscharf beschrieben, die Bewohner- / Patienten- oder Angehörigenzufriedenheit bei Abschluss der Aufnahme oder des Aufenthaltes nicht immer systematisch erhoben. Teilprozesse – Erstkontakte, Beratungen im Vorfeld einer Aufnahme, Hausbesuche / Erstgespräche, Vorbereitung eines Zimmers vor Einzug eines Bewohners, Angehörigenabende usw. – müssen mit geeigneten Kenngrößen regelmäßig beurteilt und angepasst werden.

Verbesserungsbedarf gibt es im Rahmen des **Projektmanagements**: Bei Projekten, wie beispielsweise zur Einführung des elektronischen Dienstplansystems ATOSS, müssen Kommunikationsschleifen festgelegt und Rückmeldungen an Projektleiter über den Sachstand (Soll / Ist) durch die Projektmitglieder regelmäßig erfolgen. Umgekehrt muss sich der Projektleiter systematisch über den Fortschritt seines Projektes informieren, um rechtzeitig gegensteuern zu können.

Die **Strukturen des Qualitätsmanagements** wurden in allen Einrichtungen etabliert, weisen in Details aber weiterhin Verbesserungspotentiale auf. Vor allem beim Fort-

und **Weiterbildungsmanagement** muss die langfristige Planung durch Benennung von Schwerpunktthemen vertieft und durch Festlegung von Budgets flankiert werden. Darüber hinaus sollten die Pflegefachkräfte motiviert werden, an der Registrierung für Pflegekräfte teilzunehmen, um ihre professionelle Ausrichtung zu intensivieren. Zusätzlich könnte das KHBE Fortbildungen ausweisen, die von der Berliner Ärztekammer anerkannt sind, um die Ärzte stärker in das Fortbildungsprogramm einzubeziehen.

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

Überprüfungen und Anpassungen - ‚Check‘- und ‚Act‘-Schritte des sogenannten **PDCA-Zyklus** – werden 2011 sowie im Rahmen der Rezertifizierungen vertiefend thematisiert, denn Vorbeugemaßnahmen sollen zunehmend dazu beitragen, dass **aufgetretene Fehler und Auffälligkeiten** unterbleiben (Nullfehleransatz bei systematischen Fehlern).

Die Überprüfung der **Ergebnisqualität** des **(Pflege-)Zustandes** der Bewohner und Patienten ergab durchweg gute bis sehr gute Ergebnisse. Lediglich bei der Bewertung ihres Umfeldes oder der Unterkunft und Verpflegung durch die Bewohner erhielten die Seniorenzentren SZLI und SZMÜ sowie der PDOE (Vermittlung des fahrbaren Mittagstisches oder der Möglichkeit, in der Cafeteria des SZ zu speisen) unterdurchschnittliche Noten (**vgl. Kap. 4.5 und 4.12**).

Die **Vollständigkeit der Dokumentation** in der Kategorie **Ergebnisqualität: Die Überprüfung der medizinischen Dokumentation** fiel, bis auf eine Ausnahme, gut bis sehr gut aus. Ebenso positiv stellt sich die Entwicklung bei den Mitarbeitern dar: Die Vorstellung und Versorgung der Bewohner / Patienten im Rahmen der Revisionen sowie die **Darstellung** der Krankheitsverläufe hat sich gegenüber dem Vorjahr weiter verbessert (**vgl. Kap. 4.6**).

Diesbezügliche Verbesserungspotentiale lassen sich in wenigen Einrichtungen feststellen (**vgl. Kap. 4.12**).

Das **Nachfolgeprodukt** des elektronischen Dokumentationssystems muss bethelweit eingeführt und auf die Anforderungen des Diakoniewerks Bethel angepasst werden (**vgl. Kap. 4.11**).

Ein weiteres Softwareprogramm mit Verbesserungspotential ist weiterhin die **Dienst- und Tourenplansoftware** C&S. Geeignete Schritte mussten von der DSWE zugunsten anderer Entwicklungen zurückgestellt werden.

Im Rahmen der Einführung von **ATOSS** (s.o.) sollten künftig alle Berufsgruppen in die elektronische Planung einbezogen werden können. Die ‚Auslagerung‘ und fortgeführte papiergestützte Dienstplanung für einzelne Mitarbeiter oder Berufsgruppen, wie beispielsweise im SZLI bzgl. des Sozialdienstes und der sozialen Betreuung, sollte bethelweit hinterfragt werden.

Legenden und Pausenfenster müssen künftig durch ATOSS ausgewiesen werden können sowie Planung und automatische Dokumentation der **internen Fortbildungen** im Programm erfolgen. Hierzu muss durch den Projektleiter veranlasst werden, dass Fortbildungspläne der Einrichtungen integriert werden können.

Insgesamt gelang es den meisten UB, ihre Bewertung nach Schulnoten zu verbessern (vgl. Kap. 4.12).

6 Ausblick

Im Rahmen der 2010 begonnenen Rezertifizierungen wird in 2011 die Bewertung der Umsetzung aller notwendigen Überprüfungs- und Anpassungsschritte vertieft. Alle relevanten Ergebnisse müssen mit den Zielen abgeglichen und im Rahmen des Fehlermanagements bewertet werden, um geeignete Maßnahmen einleiten und Abweichungen künftig verhindern zu können.

Im Rahmen des konzernweiten Benchmarks (Managementbewertungen, Kennzahlensystem) werden zunehmend erfolgreiche Strategien einzelner UB als Anwendungsbeispiele für andere Einrichtungen in den Blick geraten und thematisiert.

Darüber hinaus wird der Austausch erfolgreicher Vorgehensweisen innerhalb des DwB auch weiterhin durch die Rotation der Ko-Auditoren unterstützt.

Im Rahmen der Umstellung des elektronischen Dokumentationssystems auf das Nachfolgeprodukt MCC.Net wird das Modul Pflege auf die Anforderungen des Diakoniewerks angepasst. Die an der Patienten- und Bewohnerversorgung beteiligten Berufsgruppen werden besser miteinander vernetzt. Um beide Ziele zu erreichen, wird das Projekt zentral gesteuert und von ausgewählten Mitarbeitern aller UB unterstützt.

Die Managementbewertungen werden erstmals gemeinsam zum Stichtag vorliegen und einen Ergebnisvergleich der UB gewährleisten. 2011 fließen die Ergebnisse in den Qualitätsbericht ein.

Die QM-Handbücher der Einrichtungen weisen bezüglich der verwendeten Begrifflichkeiten, ihrer Gliederung sowie der Auslegung aller Anforderungen eine hohe Übereinstimmung auf und erleichtern hierdurch die Steuerung durch den Gesellschafter.

Berlin, 23.09.2010

Andreas Dietel

Anhang

Anhang 1 – Terminplan und Ko-Auditoren_____ **55**

**Anhang 2 – Zusammenfassung des Qualitätsberichtes zur Präsentation auf
der Konferenz der Führungskräfte (KFK), 16.9. – 17.9.2010**_____ **56**

Anhang 1 – Terminplan und Ko-Auditoren

	UB	Vor-Ort-Termine	Ko-Auditor aus Betrieb	Telefon-Konferenzen	Zertifizierungsaudit	Ko-Auditor aus Betrieb
1.	Diakoniestation Bethel Welzheim (DSWE)	01.02. - 02.02.10	Frau Yoash, SZFR	25.01.10, 9.00 - 12.00		
2.	Seniorenzentrum Bethel Welzheim (SZWE)	03.02. - 04.02.10	Frau Yoash, SZFR	27.01.10, 9.00 - 12.00		
3.	Geriatrische Reha-Klinik Bethel Welzheim (RKWE)	05.02.2010	Frau Yoash, SZFR		KTQ - 02.08. 04.08.10	
4.	Krankenhaus Bethel Berlin (KHBE)	24.02 - 25.02.10	Frau Möller, SZOE	19.02.10, 9.00 - 12.00		
5.	Seniorenzentrum Bethel Wiehl (SZWI)	10.03.2010	Frau Hemkendreis, KHBE		07.06. - 09.06.10 HrL	Frau Wortmann, SZKÖ
6.	Seniorenzentrum Bethel Bad Oeynhausen (SZOE)	15.03. - 16.03.10	Frau Hartenstein, SZLI, Frau Rothlin, SZMÜ (Auszubildende)	11.03.10, 9.00 - 12.00	Förderaudit DIN, 31.5. - 1.6. HrL	
7.	Pflegedienst Bethel Bad Oeynhausen (PDOE)	17.03. - 18.03.10	Frau Wortmann, SZKÖ	12.03.10, 9.00 - 12.00	Förderaudit DIN, 2.6. HrL	
8.	Seniorenzentrum Bethel München (SZMÜ)	14.04. - 15.04.10	Frau Helmle, SZWE / RKWE	09.04.10, 9.00 - 12.00		
9.	Pflegedienst Bethel Lichterfelde (PDLI)	05.05.2010	Frau Gottschalk, PDOE		16.06. - 17.06.10 HrS	Frau Gottschalk, PDOE
10.	Seniorenzentrum Bethel Lichterfelde (SZLI)	06.05.2010	Frau Möller, SZOE		17.06. - 18.06.10 HrS	Frau Möller, SZOE
11.	Seniorenzentrum Bethel Köpenick (SZKÖ)	19.05. - 20.05.10	Frau Hemkendreis, KHBE	12.05.10, 9.00 - 12.00		
12.	Seniorenzentrum Bethel Friedrichshain (SZFR)	02.06. - 03.06.10	Frau Helmle, SZWE / RKWE, Frau Welti (PDL/GF in Spee)	26.05.10, 9.00 - 12.00		
13.	Diakonie Management Bethel Berlin (DMBE)				14.06. - 15.06.10 HrS	
14.	Pflegedienst Bethel Friedrichshain (PDFR)	23.06. - 24.06.10	Frau Heyn, PDLI	21.06.10, 9.00 - 12.00		
15.	Seniorenzentrum Bethel Trossingen (SZTR)	12.07. - 13.07.10	Frau Schmidt, SZWI	08.07.10, 9.00 - 12.00		
16.	Geriatrische Reha-Klinik Bethel Trossingen (RKTR)	14.07. - 15.07.10	Frau Byczek-Palfalusi, DSWE	09.07.10, 9.00 - 12.00		

Legende:

HrL, HrS - Hr. Lukasik / Hr. Seisler, Auditoren pCC
1-Tagesbegehungen (Bereiche / Bewohner / Patienten)
2-tägige Revision
3-tägige Revision
Voraudits
Zertifizierung nach Diakonie-Siegel Pflege (DSP) / KTQ ® / Förderaudit*

* Förderaudit nach DIN EN ISO 9001-2000

Anhang 2 – Zusammenfassung des Qualitätsberichtes zur Präsentation auf der Konferenz der Führungskräfte (KFK), 16.9. – 17.9.2010



Qualität im Diakoniewerk Bethel e.V. 2010

Zusammenfassende Darstellung zum Qualitätsbericht



Gesamtübersicht 2010

Pos. 2010	Pos. 2009	LBS/IF	Vor-Ort-Prüftermine	Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung (DS: nur Orientierung)			Ordnung, Sauberkeit, Hygiene			Konzepte und Standards			Pflegerisches / ärztliches / therapeutisches Management			Ergebnisqualität: Pflege-Casus oder BVV / Pat.			Ergebnisqualität: Dokumentation			Durchschnitt (Pflegezustand doppelt geschätzt)				
				08	09	10	08	09	10	08	09	10	08	09	10	08	09	10	08	09	10	08	09	10		
1.	1.	SZOE	16.3.-16.9.2010	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	3+	1,2	1	1	1	1	2	2+	1-2	1,5	1,2	1,1	0
1.	1.	PDFR	23.-24.8.2010	2	1	1	2	1	1	2	1-2	1-2	2	2	1-2	2	1	1+	2	1	1	2,0	1,2	1,1	0	
1.	3.	SZWI	10.03.2010	2	2	1	2+	2+	1	2	1-2	1-2	2+	1,2	1-2	2+	1	1	2	1-2	1	2,0	1,5	1,1	0	
2.	2.	SZKO	19.-20.5.2010	3+	2	1-2	1-2	1,2	1-2	3+	1	1	2+	2	1,2	1	1	1	2	2+	1	2,0	1,4	1,3	0	
2.	2.	SZWE	3.2.-4.2.10	2	1	1	1,2	1	1	2	1	1	1	2-3	2+	1-2	2,0	1,2	1-2	2-3	2+	2	2,1	1,4	1,4	0
3.	4.	RKTR	14-16.7.2010	3	2+	1-2	2	1	1	3	2+	2	3	2+	1	2	1-2	1-2	2-3	1-2	1	2,5	1,6	1,4	0	
4.	5.	SZFR	25.-30.2010	3+	1-2	1-2	2	2+	2	1,2	1	4	1,2	1-2	2+	1,2	1-2	3	3+	2+	3,0	1,8	1,6	0		
4.	k.B.	KHBE	24.2.-25.2.10	2	3,4	2-3	1	1	2	2	k.B.	1-2	2	k.B.	1-2	1	1	2	2+	2+	1,5	1,7	1,6	0		
4.	1.	PDLI	06.06.2010	3+	3+	2	1	1-2	2	2	1-2	1-2	2	2	1	1	2+	1-2	2	2-3	2	1,7	2,1	1,6	0	
4.	3.	SZTR	12-13.7.2010	2	1	1	1	1	1	2,3	2	3	2	2,3	2-3	1	1	1+	2	2+	2	1,6	1,5	1,6	0	
5.	4.	RKWE	09.02.10	2	1	1	2	1,2	1-2	3	2	2	3+	3+	3	2	1-2	1-2	3	2	2	2,4	1,8	1,8	0	
6.	3.	SZMU	14.4-15.4.2010	3	2+	2	1,2	1,2	2	2+	1	2	2+	2+	2	2+	1,2	2+	2	1	2	2,1	1,5	2,0	0	
6.	6.	PDOE	16.-17.3.2010	k.B.	1	1	k.B.	1	1	k.B.	2	3	k.B.	2-3	3	k.B.	2	1-2	k.B.	3	3	k.B.	1,9	2,0	0	
7.	4.	DSWE	01.02.-02.02.10	3	3+	3	2	2	2-3	3,4	3+	3-4	3	2,3	2-3	3+	2+	1	2	2+	2-3	2,5	2,4	2,3	0	
8.	9.	SZLI	06.05.2010	2	2,3	4	2+	2+	2	3	4	2-3	2+	3	2-3	2	2	2	2	3,4	3	2,2	2,7	2,5	0	



Qualität im DwB 2010, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, A. Dietel / Dr. K. Lehmann-Giannotti, Seite 3

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung

Pos. 2010	Pos. 2009	LBS/IF	Vor-Ort-Prüftermine	Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung (DS: nur Orientierung)			Ordnung, Sauberkeit, Hygiene			Konzepte und Standards			Pflegerisches / ärztliches / therapeutisches Management			Ergebnisqualität: Pflege-Casus oder BVV / Pat.			Ergebnisqualität: Dokumentation			Durchschnitt (Pflegezustand doppelt geschätzt)				
				08	09	10	08	09	10	08	09	10	08	09	10	08	09	10	08	09	10	08	09	10		
1.	1.	SZOE	16.3.-16.9.2010	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	3+	1,2	1	1	1	2	2+	1-2	1,5	1,2	1,1	0	
1.	1.	PDFR	23.-24.8.2010	2	1	1	2	1	1	2	1-2	1-2	2	2	1-2	2	1	1+	2	1	1	2,0	1,2	1,1	0	
1.	3.	SZWI	10.03.2010	2	2	1	2+	2+	1	2	1-2	1-2	2+	1,2	1-2	2+	1	1	2	1-2	1	2,0	1,5	1,1	0	
2.	2.	SZKO	19.-20.5.2010	3+	2	1-2	1-2	1,2	1-2	3+	1	1	2+	2	1,2	1	1	1	2	2+	1	2,0	1,4	1,3	0	
2.	2.	SZWE	3.2.-4.2.10	2	1	1	1,2	1	1	2	1	1	1	2-3	2+	1-2	2,0	1,2	1-2	2-3	2+	2	2,1	1,4	1,4	0
3.	4.	RKTR	14-16.7.2010	3	2+	1-2	2	1	1	3	2+	2	3	2+	1	2	1-2	1-2	2-3	1-2	1	2,5	1,6	1,4	0	
4.	5.	SZFR	25.-30.2010	3+	1-2	1-2	2	2+	2	1,2	1	4	1,2	1-2	2+	1,2	1-2	3	3+	2+	3,0	1,8	1,6	0		
4.	k.B.	KHBE	24.2.-25.2.10	2	3,4	2-3	1	1	2	2	k.B.	1-2	2	k.B.	1-2	1	1	2	2+	2+	1,5	1,7	1,6	0		
4.	1.	PDLI	06.06.2010	3+	3+	2	1	1-2	2	2	1-2	1-2	2	2	1	1	2+	1-2	2	2-3	2	1,7	2,1	1,6	0	
4.	3.	SZTR	12-13.7.2010	2	1	1	1	1	1	2,3	2	3	2	2,3	2-3	1	1	1+	2	2+	2	1,6	1,5	1,6	0	
5.	4.	RKWE	09.02.10	2	1	1	2	1,2	1-2	3	2	2	3+	3+	3	2	1-2	1-2	3	2	2	2,4	1,8	1,8	0	
6.	3.	SZMU	14.4-15.4.2010	3	2+	2	1,2	1,2	2	2+	1	2	2+	2+	2	2+	1,2	2+	2	1	2	2,1	1,5	2,0	0	
6.	6.	PDOE	16.-17.3.2010	k.B.	1	1	k.B.	1	1	k.B.	2	3	k.B.	2-3	3	k.B.	2	1-2	k.B.	3	3	k.B.	1,9	2,0	0	
7.	4.	DSWE	01.02.-02.02.10	3	3+	3	2	2	2-3	3,4	3+	3-4	3	2,3	2-3	3+	2+	1	2	2+	2-3	2,5	2,4	2,3	0	
8.	9.	SZLI	06.05.2010	2	2,3	4	2+	2+	2	3	4	2-3	2+	3	2-3	2	2	2	2	3,4	3	2,2	2,7	2,5	0	



Qualität im DwB 2010, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, A. Dietel / Dr. K. Lehmann-Giannotti, Seite 4

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung: **POSITIV**

- 🕒 **Ausbesserungsarbeiten** an Wänden und Fußböden finden in allen Einrichtung weitgehend regelmäßig und systematisch statt.

Qualität im DwB 2010, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, A. Dietel / Dr. K. Lehmann-Giannotti, Seite 5



NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung: **Verbesserungspotential**

- 🕒 **Bewohnerzimmer** erscheinen teilweise verwohnt oder sehr spartanisch eingerichtet – Einrichtungen sollten überlegen, wie Zimmer zusätzlich gestaltet werden können, wenn Bewohner keine eigenen Möbel einbringen.
- 🕒 **Flure, Fußböden, Gemeinschaftsräume und Patientenzimmer** wurden sukzessive renoviert oder grundgereinigt → einheitliche farbliche Gestaltung (KHBE).
- 🕒 Das SZLI kann sein **Alter** zunehmend nicht mehr verbergen.
- 🕒 Die DSWE muss die **neuen Büros** in das Leitsystem eingliedern.

Qualität im DwB 2010, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, A. Dietel / Dr. K. Lehmann-Giannotti, Seite 6



NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung: Übersicht

Pos. 2010 in Bezug auf dieses Kriterium	UB/AF	Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung (DS: nur Orientierung)			Gesamtbewertung 2010
		2008	2009	2010	
1.	SZWE	2	1-	1	1,4 =
1.	PDFR	2	1	1	1,1 ↑
1.	SZTR	2	1-	1	1,6 ↓
1.	PDOE	k.b.	1-	1	2,0 ↓
2.	SZOE	2	1-	1-	1,1 ↑
2.	SZWI	2	2	1-	1,1 ↑
2.	RKWE	2-	1-	1-	1,8 =
3.	SZKO	3-4	2-	1-2	1,3 ↑
3.	RKTR	3	2+	1-2	1,4 ↑
3.	SZFR	3+	1-2	1-2	1,6 ↑
4.	PDLI	3+	3+	2	1,6 ↑
4.	SZMÜ	3	2+	2	2,0 ↓
5.	KHBE	2	3-4	2-3	1,6 ↑
6.	DSWE	3	3+	3-	2,3 ↑
7.	SZLI	2	2-3	4	2,5 ↑



Qualität im DwB 2010, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, A. Dietel / Dr. K. Lehmann-Giannotti, Seite 7

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Ordnung, Sauberkeit, Hygiene

Pos. 2010	Pos. 2009	UB/AF	Vor-Ort- Prüftermine	Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung (DS: nur Orientierung)			Ordnung, Sauberkeit, Hygiene			Konzepte und Standards			Pflegerisches / ärztliches / therapeutisches Management			Ergebnisqualität: Pflege-Casus oder BVV / Pat.			Ergebnisqualität: Dokumentation			Durchschnitt (Pflegezustand doppelt gemessen)			
				08	09	10	08	09	10	08	09	10	08	09	10	08	09	10	08	09	10	08	09	10	
1.	4.	SZOE	16.3.-16.3.2010	2	1-	1	1-	1-	1-	1-	2	1-	1-	3+	1,2	1-	1-	1	1	2	3+	1-2	1,5	1,2	1,1 ↑
1.	1.	PDFR	23.-24.8.2010	2	1	1	2	1	1	2	1-2	1-2	2	2	1-2	2	1	1+	2	1	1-	2,0	1,2	1,1 ↑	
1.	3.	SZWI	10.03.2010	2	2	1-	2+	2+	1	2	1-2	1-2	2+	1,2	1-2	2+	1	1	2	1-2	1	2,0	1,5	1,1 ↓	
2.	2.	SZKO	19.-20.5.2010	3-4	2-	1-	1-2	1,2	1-2	1	3+	1	2+	2	1,2	1-	1-	1-	1-	2	2+	1-	2,0	1,4	1,3 ↑
2.	2.	SZWE	3.2.-4.2.10	2	1-	1	1,2	1-	1	2	1	1-	2,3	2+	1-2	2,0	1-2	1-2	2,3	2+	2	2,1	1,4	1,4 =	
3.	4.	RKTR	14.-16.7.2010	3	2+	1,2	2	1	1	3	2+	2-	3	2+	1-	2	1-2	1-2	2,3	1-2	1-	2,5	1,6	1,4 ↓	
4.	5.	SZFR	2.8.-3.9.2010	3+	1-2	1,2	2	2+	2	1,2	1-	4	1,2	1-2	2+	1,2	1-2	3	3+	2+	3,0	1,8	1,6 ↓		
4.	k.B.	KHBE	24.2.-25.2.10	2	3-4	2,3	1-	1-	2	3	k.B.	1-2	2	k.B.	1-2	1-	1-	1	2	2+	2+	1,5	1,7	1,6 ↓	
4.	7.	PDLI	06.06.2010	3+	3+	2	1-	1,2	2	2	1-2	1-2	2+	2	1-	1-	2+	1-2	2	2-3	2-	1,7	2,1	1,6 ↑	
4.	3.	SZTR	12.-13.7.2010	2	1-	1	1-	1-	1	2,3	2	3	2	2,3	2-3	1-	1-	1+	2	2+	2-	1,6	1,5	1,6 ↓	
5.	4.	RKWE	09.04.2010	2	1-	1	2	1,2	1-2	3	2	2-	3+	3+	3	2	1-2	1-2	3	2-	2-	2,4	1,8	1,8 =	
6.	3.	SZMÜ	14.4.-15.4.2010	3	2+	1	1,2	1,2	2	2	1	1	2-	2+	2+	2-	2+	2	2	1	2	2,1	1,5	2,0 ↓	
6.	6.	PDOE	16.-17.3.2010	k.B.	1-	1	k.B.	1	1+	B	2	3	k.B.	2,3	3	k.B.	2	1-2	k.B.	3	3	k.B.	1,9	2,0 ↓	
7.	4.	DSWE	01.02.-02.02.10	3	3+	2-	2	2	2-3	2,4	3+	3-4	3	2,3	2-3	3+	3+	1-	2	3	2-3	2,5	2,4	2,3 ↓	
8.	9.	SZLI	06.05.2010	2	2,3	4	2+	2+	2	3	4-	2-3	2+	3-	2-3	2	2	2	2	3-4	3	2,2	2,7	2,5 ↑	



Qualität im DwB 2010, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, A. Dietel / Dr. K. Lehmann-Giannotti, Seite 8

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Ordnung, Sauberkeit, Hygiene: **POSITIV**

- 🕒 Insgesamt präsentieren sich **alle Einrichtungen sauber** und ordentlich. Der **PDCA-Zyklus** ist in fast allen Bereichen implementiert.
- 🕒 Sehr gute **Reinigungsleistungen** trotz Auslagerung dieser Dienstleistung (SZTR, RKTR).

Qualität im DwB 2010, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, A. Dietel / Dr. K. Lehmann-Giannotti, Seite 9



NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Ordnung, Sauberkeit, Hygiene: **Verbesserungspotential**

- 🕒 Die **Hygienebeauftragten** müssen bei der **Bewertung** von Reinigungsleistungen durch einen neuen Dienstleister von Beginn an **einbezogen** werden (SZMÜ).
- 🕒 Ausgelagerte Bereiche werden noch nicht durchgehend in die **Lieferantenbewertungen** eingeschlossen.
- 🕒 Die **neuen Büros** der DSWE müssen durchgehend konzeptionell gestaltet und **funktional eingerichtet** werden.

Qualität im DwB 2010, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, A. Dietel / Dr. K. Lehmann-Giannotti, Seite 10



NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Konzepte und Standards: **POSITIV**

- 📌 **Darstellungsformen**, thematische Verknüpfungen der Regelungen untereinander oder der schnelle elektronische Zugriff haben die **Benutzerfreundlichkeit** verbessert (z.B. Trossingen).
- 📌 **Innovative Anwendung** des **Intranets**: ‚papierlose‘ Organisation (RK / SZTR); **Fortbildungen schwerpunktspezifisch** abrufbar, Lehrfilme / UB-Ziele / Managementbewertung / Jahresberichte / Newsticker / Fachliteratur, gesetzliche Regelungen etc. (KHBE).
- 📌 **Selbsttests** der MA (Brandschutz, Standards etc.) (SZLI, KHBE).

Qualität im DwB 2010, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, A. Dietel / Dr. K. Lehmann-Giannotti, Seite 13



NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Konzepte und Standards: **POSITIV**

- 📌 **Ausbildung** als Mittel, künftige Fachkräfte für die Einrichtung zu gewinnen (KHBE, PDLI, SZOE).
- 📌 Die **Zusammenarbeit sowie der Informationsaustausch** der Berufsgruppen (Soziale Betreuung, Beratung, Hauswirtschaft, Therapeuten etc.) wird zunehmend besser geregelt und im Alltag umgesetzt (z.B. SZOE, SZWI, SZKÖ, SZFR).
- 📌 Fast in allen Einrichtungen werden die **Dienstpläne vier Wochen** vor Gültigkeit veröffentlicht.

Qualität im DwB 2010, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, A. Dietel / Dr. K. Lehmann-Giannotti, Seite 14



NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Konzepte und Standards: **POSITIV**

- 📌 Vertiefung spezieller Konzepte: **Wundmanagement** (z.B. PDLI, PDFR) und **Dementia-Care-Mapping** (SZWI, aber auch SZMÜ / SZOE).
- 📌 **Audit nach Nationalen Expertenstandards** (SZLI).
- 📌 **Fort- und Weiterbildungskonzept** – Überprüfung des Erfolges wird systematisch durchgeführt (SZMÜ).

Qualität im DwB 2010, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, A. Dietel / Dr. K. Lehmann-Giannotti, Seite 15



NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Konzepte und Standards: **POSITIV**

- 📌 Kontinuierliche Entwicklung des **Schwerpunktes** ‚Schmerzfreies Krankenhaus‘ (KHBE) / von **ambulanten Angeboten** (RKWE, RKTR).
- 📌 **Niederschwellige Angebote** (PDLI, DSWE, SZWI).
- 📌 **Spezialisierung**: Beschützende Bereiche für demente Menschen (SZMÜ, SZWI, SZWE).
- 📌 Zur **Verbesserung der Belegsituation** werden zunehmend öffentlichkeitswirksame Maßnahmen ergriffen oder Angebote ausgebaut (SZKÖ, SZOE, SZMÜ, RKTR, SZWE etc.).

Qualität im DwB 2010, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, A. Dietel / Dr. K. Lehmann-Giannotti, Seite 16



NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Konzepte und Standards: **POSITIV**

i Weitere Beispiele **guter Konzepte / Standards /**

Behandlungsschemata (BS): BS des KHBE, hauswirtschaftliche Regelungen (SZOE, SZFR, PDLI), Stellenbeschreibungen (SZKÖ, SZLI, SZOE) - für Beauftragte (PDFR, SZFR), Leistungsbeschreibungen (SZFR), Regelungen zu Kooperationen (SZFR, SZWI), Kooperationen (SZKÖ), Fehlermanagement (SZMÜ, SZOE), Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen (z.B. SZOE, SZKÖ, SZFR, SZMÜ), Soziales Betreuungskonzept (z.B. SZOE, SZWI).

Qualität im DwB 2010, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, A. Dietel / Dr. K. Lehmann-Giannotti, Seite 17



NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Konzepte und Standards: **Verbesserungspotential**

- u** Einige Einrichtungen sind bei der **Weiterentwicklung ihrer Konzepte und Standards** zurückgefallen (z.B. PDOE, RKWE, DSWE, SZTR, SZMÜ).
- u** Die **Nationalen Expertenstandards** sind noch nicht vollständig und durchgehend umgesetzt. Prozesse müssen einrichtungsspezifisch ausformuliert / Verantwortlichkeiten (Prozessverantwortung / Durchführungsverantwortung) eindeutig geregelt werden (vgl. 2008 / 2009) (**→ Prüfungsschwerpunkt 2011**).

Qualität im DwB 2010, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, A. Dietel / Dr. K. Lehmann-Giannotti, Seite 18



NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Konzepte und Standards: **Verbesserungspotential**

- 🔴 Das **Zusammenspiel der Berufsgruppen** während des Aufnahmeprozesses wird nicht immer trennscharf beschrieben.

Qualität im DwB 2010, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, A. Dietel / Dr. K. Lehmann-Giannotti, Seite 19



NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Konzepte und Standards – Diakonisches Profil: **POSITIV**

- 🔵 Das **Diakonische Profil** ist fester **Bestandteil** der Qualitätsmanagementhandbücher sowie der täglichen Arbeit (wie 2009).
- 🔵 Mitarbeiter werden fast überall für die **Teilnahme** an einer Beerdigung freigestellt.
- 🔵 **Beratungsangebote für Mitarbeiter** sind teilweise sehr umfangreich (PDFR, SZFR).

Qualität im DwB 2010, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, A. Dietel / Dr. K. Lehmann-Giannotti, Seite 20



NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Konzepte und Standards – Diakonisches Profil: **Verbesserungspotential**

- 🔴 Das Diakonische Profil noch nicht in allen **Checklisten** für neue Mitarbeiter integriert (vgl. Bericht 2009).
- 🔴 Der **Erwartungen des Diakoniewerkes** müssen bereits beim Vorstellungsgespräch gegenüber Bewerbern thematisiert werden.
- 🔴 Der **Diakonische Anspruch** muss sich auch in den Stellenbeschreibungen widerspiegeln (Bereitschaft der Beschäftigung mit dem Diakonischen Profil des DwB).



Qualität im DwB 2010, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, A. Dietel / Dr. K. Lehmann-Giannotti, Seite 21

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Konzepte und Standards: **Übersicht**

Pos. 2010 in Bezug auf dieses Kriterium	UB/AF	Konzepte und Standards			Gesamtbewertung 2010	
		2008	2009	2010		
1. ★	SZOE	2	1-	1-	1,1	↑
1. ★	SZWE	2	1	1-	1,4	=
1. ★	SZFR	5	1-2	1-	1,6	↑
2.	PDFR	2	1-2	1-2	1,1	↑
2.	SZWI	2	1-2	1-2	1,1	↑
2.	KHBE	2	k.B.	1-2	1,6	↑
2.	PDLI	2+	1-2	1-2	1,6	↑
3.	SZKÖ	3+	1-	2+	1,3	↑
3.	RKTR	3	2+	2-	1,4	↑
3.	RKWE	3	2-	2-	1,8	=
3.	SZMÜ	2+	1-	2-	2,0	↓
4.	SZLI	3	4-	2-3	2,5	↑
5.	SZTR	2-3	2-	3	1,6	↓
5.	PDOE	k.B.	2	3	2,0	↓
6. !	DSWE	3-4	3+	3-4	2,3	↑

Qualität im DwB 2010, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, A. Dietel / Dr. K. Lehmann-Giannotti, Seite 22



NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Pflegerisches, ärztliches, therapeutisches Management

Pos. 2010	Pos. 2009	LBAF	Vor-Ort-Problem	Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung (DB: nur Orientierung)			Ordnung, Sauberkeit, Hygiene			Konzepte und Standards			Pflegerisches / ärztliches / therapeutisches Management			Ergebnisqualität: Pflege-Leistungs-DB / Pat.			Ergebnisqualität: Dokumentation			Durchschnitt (Pflegezustand doppelt gemittelt)					
				08	09	10	08	09	10	08	09	10	08	09	10	08	09	10	08	09	10	08	09	10			
1.	1.	SZOE	16.3.-16.3.2010	2	1-	1-	1-	1-	1-	1-	2	1-	1-	1-	3+	1,2	1-	1-	1-	1-	2	3+	1-2	1,5	1,2	1,1	
1.	1.	PDFR	23.-24.8.2010	2	1	1	2	1	1	2	1-2	1-2	2	2	1-2	2	1-	1+	2	1-	1-	2	1-	1-	2,0	1,2	1,1
1.	3.	SZWI	10.03.2010	2	2	1-	2+	2+	1	2	1-2	1-2	2+	1,2	1-2	2+	1-	1-	1-	2	1-2	1	2,0	1,5	1,1		
2.	2.	SZKO	19.-20.5.2010	3+	2-	1-2	1-2	1,2	1-2	3+	1-	2+	2	1,2	1-	1-	1-	1-	2	2+	1-	2,0	1,4	1,3			
2.	2.	SZWE	3.2.-4.2.10	2	1-	1	1,2	1-	1	2	1	1-	2-3	2+	1-2	2	1-2	1-2	2-3	2+	2	2,1	1,4	1,4			
3.	4.	RKTR	14-16.7.2010	3	2+	1-2	2	1	1	3	2+	1-	3	2+	1+	2	1-2	1-2	2-3	1-2	1-	2,5	1,6	1,4			
4.	5.	SZFR	25.-30.2010	3+	1-2	1-2	2	2+	2	1-2	1-2	4	1,2	1-2	2+	1,2	1-2	3	3+	2+	2	3,0	1,8	1,6			
4.	k.B.	KHBE	24.2.-25.2.10	2	3+	2-3	1-	1-	2	2	k.B.	1-	2	k.B.	1-2	1-	1-	1	2	2+	2+	1,5	1,7	1,6			
4.	1.	PDLI	06.06.2010	3+	3+	2	1-	1,2	2	2+	1-2	1-	2+	2	1-	1-	2+	1-2	2	2-3	2-	1,7	2,1	1,6			
4.	3.	SZTR	12-13.7.2010	2	1-	1	1-	1-	1	2,3	2	2	2,3	2-3	1-	1-	1+	2	2+	2-	2	1,6	1,5	1,6			
5.	1.	RKWE	09.02.2010	2	1-	1-	2	1,2	1-2	3	2	3+	3+	3	2	1-2	1-2	3	2	2-	2	2,4	1,8	1,8			
6.	3.	SZMU	14.4.-15.4.2010	3	2+	2	1,2	1,2	2	2+	1-	2-	2+	2+	2-	2+	1-2	2+	2	1-	2	2,1	1,5	2,0			
6.	6.	PDOE	16.-17.3.2010	k.B.	1-	1	k.B.	1	1+	k.B.	2	3	k.B.	2-3	3	k.B.	2	1-2	k.B.	3	3	k.B.	1,9	2,0			
7.	1.	DSWE	01.02.-02.02.10	3	3+	3	2	2	2-3	3+	3+	3+	3	2,5	2-3	3+	3+	1+	2+	3+	2-3	2,5	2,4	2,3			
8.	1.	SZLI	06.05.2010	2	2-3	4	2+	2+	2	3	4-	2-3	2+	3-	2-3	2	2	2	2	2	3+	3	2,2	2,7	2,5		

Qualität im DwB 2010, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, A. Dietel / Dr. K. Lehmann-Giannotti, Seite 23



NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Pflegerisches, ärztliches, therapeutisches Management: **POSITIV**

- 📌 Die Qualität der **Ablaufstrukturen** befinden sich durchgehend auf hohem Niveau (z.B. PDLI, SZOE, SZWI, RKTR, SZWE).
- 📌 Der **Kreis der Verantwortlichen**, die in die QM-Arbeit verantwortlich einbezogen sind, hat sich wiederum vergrößert.
- 📌 **Speiseversorgung** – durchschnittliche Bewertung durch Bewohner / Patienten nach Schulnoten „2“. In zwei Einrichtungen fällt die Bewertung sehr gut - „1“ - aus (SZOE, RKTR), in weiteren zwei mit „3+“ (SZLI, PDOE).

Qualität im DwB 2010, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, A. Dietel / Dr. K. Lehmann-Giannotti, Seite 24



NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Pflegerisches, ärztliches, therapeutisches Management: **Verbesserungspotentiale**

- ⤴ Der **Gesamtprozess** sowie die **Teilprozesse der Aufnahme** werden nicht in allen Einrichtungen mittels geeigneter Kenngrößen überwacht (wie 2009).
- ⤴ Den **Fortbildungsbeauftragten** steht immer noch nicht durchgehend ein **Budget** zur Verfügung (wie 2009).



Qualität im DwB 2010, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, A. Dietel / Dr. K. Lehmann-Giannotti, Seite 25

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Pflegerisches, ärztliches, therapeutisches Management: **Verbesserungspotentiale**

- ⤴ Fort- und Weiterbildung: Langfristige Planung mittels **Schwerpunkthemen, Fortbildungspunkte** für Pflege- und Arztdienst (wie 2009).
- ⤴ Das **Projektmanagement** bzgl. der Atoss-Einführung muss nachjustiert werden → Einbeziehung aller Berufsgruppen (z.B. soziale Betreuung, Sozialdienst → SZLI), Ausweisung von internen Fortbildungsstunden (HG / GF, Projektleitung) (wie 2009) (→ **Prüfungsschwerpunkt 2011**).



Qualität im DwB 2010, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, A. Dietel / Dr. K. Lehmann-Giannotti, Seite 26

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Pflegerisches, ärztliches, therapeutisches Management: **Verbesserungspotentiale**

- 🔴 **Nationale Expertenstandards:** Vgl. „Konzepte und Standards. Dokumentationsintervalle sind dem Risikograd anzupassen. Audits sollten gemäß Expertenstandards durchgeführt werden (Stichprobenüberprüfungen mit Befragung der Bewohner / Patienten und Bezugspflegefachkraft, Dokumentationsvisite sowie Befragung der Mitarbeiter bezüglich ihres Fortbildungsbedarfs) (**→ Prüfungsschwerpunkt 2011**).

- 🔴 **Notfälle** werden in der Regel nicht ausgewertet (von 2009) (**→ Prüfungsschwerpunkt 2011**).

Qualität im DwB 2010, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, A. Dietel / Dr. K. Lehmann-Giannotti, Seite 27



NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Pflegerisches, ärztliches, therapeutisches Management: **Verbesserungspotential**

- 🔴 **Fehler- und Vorbeugemanagement** werden verknüpft (z.B. SZMÜ) – tendenziell muss Systematik des PDCA-Zyklus konzerntweit jedoch vertieft und konsequent in allen Bereichen und Berufsgruppen umgesetzt werden (**→ Prüfungsschwerpunkt 2011**).

Hiermit zusammenhängend (wie 2009):

- Keine durchgehenden **Wirksamkeitskontrollen**.
- Keine umfassende Beteiligung der Mitarbeiter bei **Fehlerrückmeldung und -vermeidung (Check und Act)**.
- Ursachenanalyse: **Nullfehleransatz** bei systematischen Fehlern.

Qualität im DwB 2010, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, A. Dietel / Dr. K. Lehmann-Giannotti, Seite 28



NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Pflegerisches, ärztliches, therapeutisches Management: Übersicht

Pos. 2010 in Bezug auf dieses Kriterium	UB/AF	Pflegerisches / ärztliches / therapeutisches Management			Gesamtbewertung 2010
		2008	2009	2010	
1. ★	SZOE	2+	1-2	1-	1,1 ↑
1. ★	SZKO	2	1-2	1-	1,3 ↑
1. ★	RKTR	3	2+	1-	1,4 ↑
1. ★	PDLI	2+	2	1-	1,6 ↑
2.	PDFR	2	2	1-2	1,1 ↑
2.	SZWI	2+	1-2	1-2	1,1 ↑
2.	SZWE	2-3	2+	1-2	1,4 =
3.	SZFR	4-	1-2	1-2	1,6 ↑
3.	KHBE	2	k.B.	1-2	1,6 ↑
4.	SZMÜ	2+	2+	2-	2,0 ↓
5.	SZTR	2	2-3	2-3	1,6 ↓
5.	DSWE	3	2-3	2-3	2,3 ↑
5.	SZLI	2+	3-	2-3	2,5 ↑
6.	RKWE	3+	3+	3	1,8 =
6.	PDOE	k.B.	2-3	3	2,0 ↓



Qualität im Dwb 2010, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, A. Dietel / Dr. K. Lehmann-Giannotti, Seite 29

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Ergebnisqualität: Pflegezustand der BW / Pat.

Pos. 2010	Pos. 2009	UB/AF	Vor-Ort-Prüftermine	Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung (DB: nur Orientierung)			Ordnung, Sauberkeit, Hygiene			Konzepte und Standards			Pflegerisches / ärztliches / therapeutisches Management			Ergebnisqualität: Pflegezustand der BW / Pat.			Ergebnisqualität: Dokumentation			Durchschnitt (Pflegezustand doppelt gemessen)		
				08	09	10	08	09	10	08	09	10	08	09	10	08	09	10	08	09	10	08	09	10
1.	4.	SZOE	16.3.-16.3.2010	2	1-	1-	1-	1-	1-	2	1-	1-	3+	1,2	1-	1-	1-	1-	1-	3+	1-2	1,5	1,2	1,1 ↓
1.	1.	PDFR	23.-24.8.2010	2	1	1	2	1	1	2	1-2	1-2	2	2	1-	2	1-	1+	2	1-	1-	2,0	1,2	1,1 ↓
1.	3.	SZWI	10.03.2010	2	2	1-	2+	2+	1	2	1-2	1-2	2+	1,2	1-	2+	1-	1-	1-	1-2	1	2,0	1,5	1,1 ↓
2.	2.	SZKO	19.-20.5.2010	3-4	2-	1-2	1-2	1,2	1-2	3+	1+	2+	2	1,2	1-	1-	1-	1-	2+	1-	2,0	1,4	1,3 ↓	
2.	2.	SZWE	3.2.-4.2.10	2	1-	1	1,2	1-	1	2	1	1-	2-3	2+	1,2	2,0	1-2	1-2	2	2+	2	2,1	1,4	1,4 =
3.	4.	RKTR	14.-16.7.2010	3	2+	1-2	2	1	1	3	2+	2-	3	2+	1+	2	1-2	1-2	2	1-2	1-	2,5	1,6	1,4 ↓
4.	5.	SZFR	25.-30.2010	3+	1-2	1-2	2	2+	2	1,2	1-	4	1,2	1-2	2+	1-2	1-2	3+	2+	3,0	1,8	1,6 ↓		
4.	k.B.	KHBE	24.2.-25.2.10	2	3-4	2-3	1-	1-	2	2	k.B.	1-2	2	k.B.	1-2	1-	1-	1	2+	2+	1,5	1,7	1,6 ↓	
4.	7.	PDLI	06.06.2010	3+	3+	2	1-	1,2	2	2+	1-2	1-2	2+	2	1-	1-	2+	1-2	2-	2-3	2-	1,7	2,1	1,6 ↓
4.	3.	SZTR	12.-13.7.2010	2	1-	1	1-	1-	1	2,3	2	3	2	2,3	2,3	1-	1-	1+	2+	2-	1,6	1,5	1,6 ↓	
5.	4.	RKWE	09.04.2010	2	1-	1-	2	1,2	1-2	3	2	2-	3+	3+	5	2	1-2	1-2	2	2-	2,4	1,8	1,8 =	
6.	3.	SZMÜ	14.4.-15.4.2010	3	2+	2	1,2	1,2	2	2+	1+	2-	2+	2+	2	2+	1-2	2+	1+	2	2,1	1,5	2,0 ↓	
6.	6.	PDOE	16.-17.3.2010	k.B.	1-	1	k.B.	1	1+	k.B.	2	3	k.B.	2,3	k.B.	2	1-2	k.B.	3	3	k.B.	1,9	2,0 ↓	
7.	4.	DSWE	01.02.-02.02.10	3	3+	3-	2	2	2-3	3,4	3+	3-4	3	2,3	2-3	3+	3+	1-	2+	3+	2-3	2,5	2,4	2,3 ↓
8.	9.	SZLI	06.05.2010	2	2,3	4	2+	2+	2	3	4	2-3	2+	3-	2-3	2	2	2	2	3,4	3	2,2	2,7	2,5 ↓



Qualität im Dwb 2010, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, A. Dietel / Dr. K. Lehmann-Giannotti, Seite 30

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Pflegezustand: **POSITIV**

- Die Überprüfung der **Ergebnisqualität** des (Pfle-)Zustandes der Bewohner und Patienten ergab durchweg gute bis sehr gute Ergebnisse.

Qualität im DwB 2010, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, A. Dietel / Dr. K. Lehmann-Giannotti, Seite 31



NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Pflegezustand: **Verbesserungspotential**

- Bei der **Bewertung** ihres Umfeldes sowie der **Unterkunft und Verpflegung** durch die Bewohner erhielten zwei Seniorenzentren unterdurchschnittliche Noten (SZLI, SZMÜ).
- PDOE - Vermittlung des **fahrbaren Mittagstisches** oder der Möglichkeit, in der Cafeteria des SZ zu speisen -
Unterdurchschnittliche Bewertung

Qualität im DwB 2010, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, A. Dietel / Dr. K. Lehmann-Giannotti, Seite 32



NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Pflegezustand: Übersicht

Pos. 2010 in Bezug auf dieses Kriterium	UB/AF	Ergebnisqualität: (Pflege-)Zustand der BW / Pat.			Gesamtbewertung 2010	
		2008	2009	2010		
1.	SZOE	1-	1	1	1,1	↑
1.	SZWI	2+	1-	1	1,1	↑
1.	KHBE	1-	1-	1	1,6	↑
2.	PDFR	2	1-	1-	1,1	↑
2.	SZKÖ	1-	1-	1-	1,3	↑
2.	SZTR	1-	1-	1-	1,6	↓
2.	DSWE	2+	2+	1-	2,3	↑
3.	SZWE	2,0-	1-2	1-2	1,4	=
3.	RKTR	2-	1-2	1-2	1,4	↑
3.	SZFR	2+	1-2	1-2	1,6	↑
3.	PDLI	1-	2+	1-2	1,6	↑
3.	RKWE	2	1-2	1-2	1,8	=
3.	PDOE	k.B.	2	1-2	2,0	↓
4.	SZMÜ	2+	1-2	2+	2,0	↓
5.	SZLI	2	2	2	2,5	↑



Qualität im Dwb 2010, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, A. Dietel / Dr. K. Lehmann-Giannotti, Seite 33

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Dokumentation

Pos. 2010	Pos. 2009	UB/AF	Vor-Ort- Prüftermine	Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung (DB: nur Orientierung)			Ordnung, Sauberkeit, Hygiene			Konzepte und Standards			Pflegerisches / ärztliches / therapeutisches Management			Ergebnisqualität: (Pflege-)Zustand der BW / Pat.			Ergebnisqualität: Dokumentation			Durchschnitt (Pflegezustand doppelt gewichtet)			
				08	09	10	08	09	10	08	09	10	08	09	10	08	09	10	08	09	10	08	09	10	
1.	4.	SZOE	16.3.-16.3.2010	2	1-	1-	1-	1-	1-	2	1-	1-	3+	1,2	1-	1-	1	1	2	3+	1-2	1,5	1,2	1,1	↓
1.	1.	PDFR	23.-24.8.2010	2	1	1	2	1	1	2	1-2	1-2	2	2	1-2	2	1-	1	2	1-	1-	2,0	1,2	1,1	↓
1.	3.	SZWI	10.03.2010	2	2	1-	2+	2+	1	2	1-2	1-2	2+	1,2	1-2	2+	1-	1	2	1-2	1	2,0	1,5	1,1	↓
2.	2.	SZKÖ	19.-20.5.2010	3+	2-	1-2	1-2	1,2	1-2	3+	1-	2+	2	1,2	1-	1-	1-	2	2+	1-	2,0	1,4	1,3	↓	
2.	2.	SZWE	32.-4.2.10	2	1-	1	1,2	1-	1	2	1	1-	2,3	2+	1-2	2,0	1-2	1,2	2,3	2+	2	3,1	1,4	1,4	=
3.	4.	RKTR	14.-16.7.2010	3	2+	1-2	2	1	1	3	2+	2-	3	2+	1-	2	1-2	1,2	2,3	1-2	1-	1,5	1,6	1,4	↓
4.	5.	SZFR	25.-30.2010	3+	1-2	1-2	2	2+	2	1,2	1-	4	1,3	1-2	2+	1-2	1,2	3	3+	2+	1,0	1,8	1,6	↓	
4.	k.B.	KHBE	24.2.-25.2.10	2	3+	2-3	1-	1-	2	2	k.B.	1-2	2	k.B.	1-2	1-	1-	2	2+	2+	5	1,7	1,6	↓	
4.	7.	PDLI	06.06.2010	3+	3+	2	1-	1,2	2	2+	1-2	1-2	2+	2	1-	1-	2+	1-	2	2-3	2-	7	2,1	1,6	↓
4.	3.	SZTR	12.-13.7.2010	2	1-	1	1-	1-	1	2,3	2	3	2	2,3	2-3	1-	1-	1-	2	2+	2-	1,6	1,5	1,6	↓
5.	4.	RKWE	09.04.2010	2	1-	1-	2	1,2	1-2	3	2	2-	3+	3+	3	2	1-2	1-	3	2-	2-	2,4	1,8	1,8	=
6.	3.	SZMÜ	14.4.-15.4.2010	3	2+	2	1,2	1,2	2	2+	1-	2-	2+	2+	2-	2+	1-2	2+	2	1-	2	2,1	1,5	2,0	↓
6.	6.	PDOE	16.-17.3.2010	k.B.	1-	1	k.B.	1	1+	k.B.	2	3	k.B.	2,3	3	k.B.	2	1-2	k.B.	3	3	1,9	1,9	2,0	↓
7.	4.	DSWE	01.02.-02.02.10	3	3+	3-	2	2	2-3	3,4	3+	3-4	3	2,3	2-3	3+	2+	1	2+	3+	2-3	2,5	2,4	2,3	↓
8.	9.	SZLI	06.05.2010	2	2,3	4	2+	2+	2	3	4-	2-3	2+	3-	2-3	2	2	2	2	3,4	3	2,2	2,7	2,5	↓



Qualität im Dwb 2010, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, A. Dietel / Dr. K. Lehmann-Giannotti, Seite 34

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Dokumentation: **POSITIV**

- 📌 Die **Qualität der Dokumentation** befindet sich auf gutem Niveau.
- 📌 **Pflegeplanungen** und **Pflegeberichte** gewährleisten größtenteils die Nachvollziehbarkeit des Krankheits- / Entwicklungsverlaufes (vgl. Verbesserungspotentiale).
- 📌 Viele Bezugspflegefachkräfte sind geübt, ‚Ihre‘ Bewohner und **Patienten vorzustellen** und die wesentlichen Ereignisse und Veränderungen seit Einzug / Aufnahme zusammenzufassen.

Qualität im DwB 2010, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, A. Dietel / Dr. K. Lehmann-Giannotti, Seite 35



NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Dokumentation: **POSITIV**

- 📌 Das **Risikomanagement** hat durch die Einführung der **Nationalen Expertenstandards** an Bedeutung gewonnen.
- 📌 Die **Dokumentation unterschiedlicher Berufsgruppen** wird zusammengeführt. Sie nehmen gegenseitig auf ihre Planungen und Bewertungen Bezug (z.B. SZWI, SZOE, RKTR, RKWE, KHBE, SZKÖ).
- 📌 Gute Zusammenarbeit in **Projektgruppen** zur Erstellung eines Pflichtenheftes / zur Begutachtung von möglichen **Nachfolgeprodukten** von MCC.Classic.

Qualität im DwB 2010, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, A. Dietel / Dr. K. Lehmann-Giannotti, Seite 36



NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Dokumentation: **POSITIV**

- ➊ Einführung von **Pflegediagnosen** nach NANDA, die als Grundlage für das Projekt zur Einführung von MCC.Net herangezogen werden können (SZMÜ, KHBE) (→ Projekt 2011).

Qualität im DwB 2010, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, A. Dietel / Dr. K. Lehmann-Giannotti, Seite 37



NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Dokumentation: **Verbesserungspotential**

- ➋ Insbesondere bei **Langzeitpflegen** bleibt die **Rückverfolgbarkeit** der Entwicklung bis zur Aufnahme des Bewohners / Patienten überwiegend mit einem hohen **Rechercheaufwand** verbunden .
- ➌ Die **Verknüpfung** der Daten aus Anamnese, Biographie, Pflegeplanung und –bericht muss **weiter geübt** werden.
- ➍ Die **Krankenhausseelsorge** muss in die medizinische **Dokumentation** eingeschlossen werden (KHBE).

Qualität im DwB 2010, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, A. Dietel / Dr. K. Lehmann-Giannotti, Seite 38



NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Dokumentation: **Verbesserungspotentiale**

- ⤴ Die **prospektive Festlegung von (Evaluations-)Dokumentationsintervallen** stellt noch keine Selbstverständlichkeit in den Einrichtungen dar – stattdessen Bezug auf ‚Routineintervalle‘ (vierwöchig, 3-monatlich, halbjährlich) (→ Projekt MCC, 2011).
- ⤴ MCC.Classic unterstützt die Festlegung von **Evaluationszeitpunkten** nicht (→ Projekt MCC, 2011).

Qualität im DwB 2010, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, A. Dietel / Dr. K. Lehmann-Giannotti, Seite 39



NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Dokumentation – Diakonisches Profil: **POSITIV**

- ⤴ Auf **diakonische Bedürfnisse** wird weitgehend in Anamnesen und Biographien Bezug genommen.

Qualität im DwB 2010, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, A. Dietel / Dr. K. Lehmann-Giannotti, Seite 40



NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Dokumentation – Diakonisches Profil: **Verbesserungspotentiale**

- 🔴 Vereinzelt fehlt die **Dokumentation** der Nachfrage nach seelsorgerischen **Bedürfnissen** in der Anamnese.



Qualität im DwB 2010, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, A. Dietel / Dr. K. Lehmann-Giannotti, Seite 41

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Dokumentation: Übersicht

Pos. 2010 in Bezug auf dieses Kriterium	UB/AF	Ergebnisqualität: Dokumentation			Gesamtbewertung 2010
		2008	2009	2010	
1.	SZWI	2	1-2	1	1,1 ↑
2.	PDFR	2	1-	1-	1,1 ↑
2.	SZKÖ	2	2+	1-	1,3 ↑
2.	RKTR	2-3	1-2	1-	1,4 ↑
3.	SZOE	2	2+	1-2	1,1 ↑
4.	SZFR	3	3+	2+	1,6 ↑
4.	KHBE	2	2+	2+	1,6 ↑
5.	SZWE	2-3	2+	2	1,4 =
5. !	SZMÜ	2-	1-	2	2,0 ↓
6.	PDLI	2	2-3	2-	1,6 ↑
6.	SZTR	2	2+	2-	1,6 ↓
6.	RKWE	3-	2-	2-	1,8 =
7. !	DSWE	2+	2+	2-3	2,3 ↑
8.	PDOE	k.B.	3	3	2,0 ↓
8.	SZLI	2	3-4	3	2,5 ↑

Qualität im DwB 2010, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, A. Dietel / Dr. K. Lehmann-Giannotti, Seite 42



NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Endergebnis 2010

Position 2010	Position 2009	UB/AF	Durchschnitt (Pflegezustand doppelt gewichtet)			
			2008	2009	2010	
1.	1.	SZOE	1,5	1,2	1,1	↑
1.	1.	PDFR	2,0	1,2	1,1	↑
1.	3.	SZWI	2,0	1,5	1,1	↑
2.	2.	SZKÖ	2,0	1,4	1,3	↑
3.	2.	SZWE	2,1	1,4	1,4	=
3.	4.	RKTR	2,5	1,6	1,4	↑
4.	5.	SZFR	3,0	1,8	1,6	↑
4.	k.B.	KHBE	1,5	1,7	1,6	↑
4.	7.	PDLI	1,7	2,1	1,6	↑
4.	3.	SZTR	1,6	1,5	1,6	↓
5.	8.	RKWE	2,4	1,8	1,8	=
6.	3.	SZMÜ	2,1	1,5	2,0	↓
6.	6.	PDOE	k.B.	1,9	2,0	↓
7.	8.	DSWE	2,5	2,4	2,3	↑
8.	9.	SZLI	2,2	2,7	2,5	↑

Qualität im DwB 2010, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, A. Dietel / Dr. K. Lehmann-Giannotti, Seite 43

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Herzlichen Glückwunsch!

SZLI, SZWI und PDLI sind seit 01.07.2010 nach **Diakonie-Siegel Pflege** rezertifiziert, die **RKWE** hat die **Erstzertifizierung** nach **KTQ** geschafft.



Qualität im DwB 2010, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, A. Dietel / Dr. K. Lehmann-Giannotti, Seite 44

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Wie geht es weiter?

- ❖ Alle während der ‚Begutachtung zur Systemförderung‘ (Zertifizierung) ausgesprochenen Empfehlungen müssen **bethelweit** 2011 entweder umgesetzt oder begründet abgelehnt werden.
- ❖ Die Umsetzung der **gemeinsam erarbeiteten Kataloge** (Managementbewertung, Pflegevisiten, Einheitliches Verständnis der KTQ-/DSP-Anforderungen) wird thematisiert (→ **Prüfungsschwerpunkt 2011**).

Qualität im DwB 2010, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, A. Dietel / Dr. K. Lehmann-Giannotti, Seite 45



NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Wie geht es weiter?

- ❖ Im Rahmen des **konzernweiten Benchmarks** (Managementbewertungen, Kennzahlensystem) **Übernahme erfolgreicher Strategien** einzelner UB durch andere Einrichtungen. Unterstützung des Austauschs durch Rotation der Ko-Auditoren der Internen Revision in Medizin und Pflege.
- ❖ **Umstellung des elektronischen Dokumentationssystems** auf Nachfolgeprodukt MCC.Net: Anpassung aller Module auf Anforderungen des Diakoniewerks. Die an der Patienten- und Bewohnerversorgung beteiligten Berufsgruppen werden besser miteinander vernetzt (→ Projekt 2011).

Qualität im DwB 2010, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, A. Dietel / Dr. K. Lehmann-Giannotti, Seite 46



NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Wie geht es weiter?

- ❖ Einführung gemeinsamer Formulare, Skalen / Taxonomie im Pflegebereich (→ Projekt 2011).
- ❖ Weiterentwicklung von C&S: Dienst- und Tourenplanung in den Pflegediensten.
- ❖ Die Vereinheitlichung der QM-Handbücher schreitet fort.



Qualität im DwB 2010, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, A. Dietel / Dr. K. Lehmann-Giannotti, Seite 47

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Danke für 2010!

Unser Dank gilt wie immer allen
Mitarbeitern in den Betrieben



Qualität im DwB 2010, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, A. Dietel / Dr. K. Lehmann-Giannotti, Seite 48

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL