

Scheve Management
Bereich Produkte

Qualität im Diakoniewerk Bethel und seinen Beteiligungen:

Interne Revision in Medizin und Pflege und Managementbewertungen

Qualitätsbericht 2017

Andreas Dietel



**NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL**

Inhalt

1	EINLEITUNG	1
2	PRÜFUNGSGRUNDLAGEN	3
3	PRÜFUNGSDURCHFÜHRUNG	5
4	PRÜFUNGSERGEBNISSE IM ÜBERBLICK.....	7
4.1	BAULICHES, WOHNLICHES, ORIENTIERUNG	7
4.1.1	<i>Konzept Wohnraumgestaltung.....</i>	<i>7</i>
4.1.2	<i>Ausstattung der Wohnbereiche, Stationen und Zimmer (Pflegedienste: Büroräume, Wartezonen).....</i>	<i>8</i>
4.1.3	<i>Ausstattung für gerontopsychiatrische Bewohner (Seniorenzentren)</i>	<i>9</i>
4.1.4	<i>Bewertung der Ausstattung der Wohnbereiche / Stationen, Außenbereiche / Informationsmittel (Pflegedienste: Büroräume, Wartezonen)</i>	<i>9</i>
4.1.5	<i>Bewertung des Umfeldes der Inaugenschein genommenen Bewohner / Patienten.....</i>	<i>10</i>
4.2	ORDNUNG, SAUBERKEIT, HYGIENE	11
4.2.1	<i>Bewertung der Reinigungsleistungen in den Wohnbereichen / Stationen und den Zimmern.....</i>	<i>11</i>
4.2.2	<i>Hygiene.....</i>	<i>12</i>
4.2.3	<i>Gesamteindruck der Hygiene</i>	<i>13</i>
4.3	KONZEPTE, STANDARDS, MANAGEMENT.....	13
4.3.1	<i>Führungsprozesse</i>	<i>13</i>
	Diakonisches Profil	13
	Dienstplan / Tourenplan.....	17
	Interne Kommunikation, Einarbeitung neuer Mitarbeitender / Ehrenamtlicher	18
	Mitarbeitendegespräche / Teamentwicklung / Ausbildung	19
	Fort- und Weiterbildungsmanagement / Literatur.....	21
4.3.2	<i>Qualitätsmanagement.....</i>	<i>22</i>
	Struktur des Qualitätsmanagements.....	22
	Maßnahmen der internen Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung (Umsetzung des ‚Plan-Do-Check-Act‘ – des PDCA-Zyklusses)	22

4.3.3	<i>Sicherheit</i>	23
	Arbeitsschutz / Brandschutz / Wartungs- und Kontrollsystem / Gebäude- und Geländesicherheit	23
4.3.4	<i>Leitbilder, Konzepte und Versorgung</i>	24
	Leitbilder	24
	Konzepte.....	25
4.3.5	<i>Erstkontakt, Erstgespräch, Aufnahme</i>	26
	Versorgung und Integration der Patienten / Bewohner	27
	Überprüfung / Präsentation / Zielerreichung	28
	Fachliche Schwerpunkte.....	29
4.3.6	<i>Standards und Leitlinien</i>	29
	Pflegerischer Bereich.....	30
	Ernährung	31
	Medikamentenversorgung	31
	Geregeltes Notfallmanagement	32
4.4	ERGEBNISQUALITÄT: (PFLEGE)-ZUSTAND VON PATIENTEN UND BEWOHNERN	33
4.5	ERGEBNISQUALITÄT: ÜBERPRÜFUNG DER MEDIZINISCHEN DOKUMENTATION.....	34
4.5.1	<i>Vollständigkeit</i>	34
4.5.2	<i>Formale und inhaltliche Führung der medizinischen Dokumentation</i>	35
4.6	REZERTIFIZIERUNGEN 2017 NACH DSP UND KTQ	36
4.7	ERGEBNISSE DER ZERTIFIZIERUNGSAUDITS NACH DSP	37
4.8	ZENTRALE PROJEKTE ZUR KONZERNENTWICKLUNG 2017	37
4.9	SCHWERPUNKTTHEMEN 2017 – ERGEBNISSE	38
4.10	SCHWERPUNKTTHEMEN 2018	40
4.11	DIE PRÜFERGEBNISSE NACH SCHULNOTEN 2015 BIS 2017 IN DER SYNOPSE	42
5	MANAGEMENTBEWERTUNGEN IM ÜBERBLICK	43
5.1	PATIENTEN- / BEWOHNERORIENTIERUNG	43
5.1.1	<i>Kennzahlen der Patienten- / Bewohnerorientierung</i>	43
	Hohe Kapazitätsauslastung	43
	Kontrollierte Fallschwere.....	44
5.1.2	<i>Patienten- / Bewohnerbefragung</i>	44
5.1.3	<i>Visitenergebnisse</i>	45
	Durchführung Pflegevisiten	45

Verbesserungspotenziale Integrations- und Pflegevisiten	46
Audits nach Nationalen Expertenstandards	47
Fokussierte Visiten.....	48
5.1.4 Erstkontakt / Erstgespräch / Aufnahmen.....	48
5.1.5 Pflegeaufwendige Patienten- / Bewohnergruppen zum Stichtag 31. <i>Dezember</i>	49
Pflegeaufwendige Patienten- / Bewohnergruppen zum Stichtag	50
5.2 BESCHÄFTIGTENORIENTIERUNG	52
5.2.1 Kennzahlen der Beschäftigtenorientierung	52
5.2.2 Mitarbeitendegespräche	53
5.3 SICHERHEIT	54
5.3.1 Arbeitsschutz	54
5.3.2 Hygiene.....	55
5.3.3 Lieferantenbewertung	55
5.4 QUALITÄTSMANAGEMENT	56
5.4.1 Fehlermanagement.....	56
5.4.2 Beschwerdemanagement	56
6 ZUSAMMENFASSUNG	58
7 AUSBLICK.....	63
ANHANG	64

1 Einleitung

Das **Gesamtkonzept der Qualitätssicherung** im Diakoniewerk Bethel (**DwB**) und seinen Unternehmensbeteiligungen (**UB**) basiert auf dem Gedanken, dass die Verantwortung prinzipiell im Betrieb wahrgenommen wird. Dies wird durch die direkte Qualitätssicherung und -entwicklung vor Ort erreicht, z.B. durch interne Audits, Pflegevisiten oder Qualitätszirkel.

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

Schon im vierzehnten Jahr der Internen Revision in Medizin und Pflege wird sowohl ein zusammenfassender Qualitätsbericht für die UB des DwB vorgelegt, als auch seit 2013 ein Benchmark durch die Gegenüberstellung aller Managementbewertungen ermöglicht.

Mit dem Instrument der Internen Revision nimmt das Referat Produkte seine Aufgaben der Beratung, Begleitung und Überprüfung der Betriebe hinsichtlich ihrer Leistungserbringung wahr.

Da sich die Gesamtergebnisse über die letzten Jahre hinweg auf hohem Niveau stabilisiert haben (**vgl. Kapitel 4.11**), wird seit 2013 jede UB **ein Jahr vor ihrer Zertifizierung** im Rahmen der Internen Revision (**IR**) begutachtet. Im zweiten Jahr des dreijährigen Prüfzyklusses findet die Rezertifizierung statt, im dritten werden die Bewertungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen (**MDK**) (und der Heimaufsichten) herangezogen. Sollten die Feststellungen im Rahmen der Rezertifizierungen oder die Noten des MDK erheblich von denen der IR abweichen, findet zwangsläufig eine erneute IR statt.

Die Bewertungen des IR-Jahres werden über den verbleibenden Zeitraum ‚mitgezogen‘ und den aktuellen MDK-Benotungen gegenübergestellt (**vgl. Kapitel 4.11**, Erläuterungen hierzu im **Anhang 2, Folie 2 f., Anhang 3**)

Bereiteten sich bis 2013 der Auditor (Referatsleiter Produkte) und ein Ko-Auditor (Pflegedienstleitung einer anderen Einrichtung) gemeinsam auf die IR vor, die über zwei

Tage ging, begleiten ab 2013 je zwei Ko-Auditoren eine IR, um einen umfassenden Einblick sicherstellen und ggf. Veränderungen / Abweichungen feststellen zu können.

Als Grundlage der Prüfungen wurden hauptsächlich die Prüfkataloge des Diakoniesiegels Pflege, der die Kataloge des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen (**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 4.11**) stellt die Entwicklung der jeweils letzten drei Jahre im Überblick dar.

2 Prüfungsgrundlagen

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

- SGB V, insbes. §§ 135a, 137d
- SGB IX, § 20 II a
- Heimgesetze/Landesheimrechte der Länder in ihrer aktuellen Fassung
- Bauverordnungen der Länder – früher: Heimmindestbauverordnung – in ihrer aktuellen Fassung
- Heimpersonalverordnungen der Länder in ihrer aktuellen Fassung
- Heimmitwirkungsverordnung bzw. die Mitwirkungsverordnungen der Länder in ihrer aktuellen Fassung
- Gemeinsame Maßstäbe und Grundsätze
- 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

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

- Auditcheckliste zum Bundesrahmenhandbuch Diakonie-Siegel Pflege in seiner aktuellen Fassung
- das MDK-Prüfverfahren
- Kriterien des diakonischen Profils des DwB

Grundlagen für die diakonischen 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‘ in seiner aktuellen Fassung
- 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 in ihrer aktuellen Fassung
- die Auditcheckliste zum Bundesrahmenhandbuch Diakonie-Siegel Pflege in ihrer aktuellen Fassung
- das MDK-Prüfverfahren
- die Anforderungen für den Qualitätsbericht gem. § 137 SGB V
- Kriterien des diakonischen Profils 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 Tage. Die Auditorenbesuche in den Betrieben erfolgten angemeldet.

Das 2007 eingeführte 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.

Seit 2013 werden die Einrichtung des DwB wegen ihrer guten Ergebnisse nur noch alle drei Jahre einer Internen Revision unterzogen, während künftig in den dazwischen liegenden Jahren die Rezertifizierungen stattfinden sowie jährliche MDK-Bewertungen zur Beurteilung der Qualität herangezogen werden. Die Internen Revisionen werden seit 2013 durch zwei Ko-Auditoren begleitet.

Alle Elemente der Prüfung inklusive der Bewertung der Leistungen wurden gemeinsam in der Gruppe der Auditoren 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 Mitarbeitende, 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 weitere Beauftragte (z.B. Hygienebeauftragte, Sicherheitsbeauftragte etc.) teil. Darüber hinaus wurden auf den Wohnbereichen und Stationen das anwesende Bezugs-Pflegefachpersonal befragt und durch jene wesentliche Prozesse erläutert.

In allen Betrieben fand neben der Dokumentenprüfung der QM-Literatur eine umfassende Begehung statt. Hier wurden entsprechend der Vorgaben des SGB V und XI sowie (für die Seniorenzentren) des Landesheimrechts 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.

Zu den Abschlussveranstaltungen wurden alle Mitarbeitende eingeladen. 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 Andreas Dietel, Geschäftsführer Produkte, das Leserecht besitzt. Seit 2008 werden darüber hinaus alle Berichte im Internet veröffentlicht, wobei bewohner- und patientenrelevante Daten geschwärzt sind.

Im Rahmen der Internen Revision wurden 2017 folgende Einrichtungen geprüft und deren Daten in den folgenden Tabellen aktualisiert: Seniorenzentrum Bethel Köpenick (SZKÖ), Seniorenzentrum Bethel Friedrichshain (SZFR), Seniorenzentrum Bethel München (SZMÜ), Reha-Klinik Bethel Trossingen (RKTR) und das Krankenhaus Bethel Berlin (KHBE). Alle anderen Daten stammen aus 2015 bzw. 2016 (**vgl. Kapitel 4.11 Die Prüfergebnisse nach Schulnoten 2015 bis 2017 in der Synopse**).

4 Prüfungsergebnisse im Überblick¹

Nachfolgend werden alle ausgewählten Kriterien der sechs Kategorien, im Überblick dargestellt. Die Bewertung erfolgte entweder im Rahmen einer dreistufigen Farbskala (ja, VP, nein) oder in Schulnoten, die durch eine fünfstufige Farbskala unterlegt sind. Die vollständigen Beschreibungen einzelner Kriterien 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, Orientierung²

In diesem Kapitel werden die Möglichkeiten, die den Bewohnern / den Patienten geboten werden, behandelt. Darüber hinaus wird aus der Hauswirtschaft der Bereich der Verpflegung bewertet, da ein gutes Essen das Wohlfühl und somit die Atmosphäre und Wohnlichkeit beeinflussen kann.

4.1.1 Konzept Wohnraumgestaltung

Unter diesem Kapitel werden die den Bewohnern im Einrichtungskonzept der Seniorenzentren garantierten Möglichkeiten verstanden, ihre Zimmer individuell zu gestalten. Hierbei werden folgende Kriterien bewertet, die für Pflegedienste, die Diakoniestation, das Krankenhaus und die Reha-Kliniken nicht relevant sind:

- **Individuelle Gestaltung** des Zimmers (Einbettzimmer) bzw. des geteilten Zimmers (Mehrbettzimmer) mit eigenen Möbeln möglich.
- **Mitnahme persönlicher Gegenstände** / Erinnerungsstücke ist möglich.
- Mitnahme **eigener Wäsche** möglich.
- **Abschließbare Schubladen oder Fächer** sind für alle Bewohner vorgesehen.

¹ Die Daten der Übersichtstabellen stammen aus den Internen Revisionen in Medizin und Pflege der letzten drei Jahre (vgl. Kapitel 4.11).

² Pflegedienste: nur Orientierung

	Gestaltung des Zimmers	Mitnahme pers. Gegenstände	Mitnahme eigener Wäsche	Schubladen, Schließfächer
SZKÖ	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	k.B.	k.B.	k.B.
SZOE	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja
SZWE	k.B.	ja	ja	ja
SZTR	ja	k.B.	k.B.	k.B.
SZMÜ	ja	ja	k.B.	ja

4.1.2 Ausstattung der Wohnbereiche, Stationen und Zimmer (Pflegedienste: Büroräume, Wartezonen)

Hierunter werden folgende Kriterien zusammengefasst, die bei der Begehung durch die Auditoren auf Vorhandensein und Funktion stichprobenartig geprüft werden:

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

	Stufenloser Eingang	Aufzüge	Handläufe, Haltegriffe, behindertengerechtes Bad auf allen Etagen	Behindertengerechtes Bad	Rufanlage / Nachtbeleuchtung	Pflegebetten	Fußböden rutschfest	Allgemeine Orientierung
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
KHBE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
RKWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
RKTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja

	Stufenloser Eingang	Aufzüge	Handläufe, Haltegriffe, behindertengerechtes Bad auf allen Etagen	Behindertengerechtes Bad	Rufanlage / Nachtbeleuchtung	Pflegebetten	Fußböden rutschfest	Allgemeine Orientierung
PDBE	ja	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	ja	ja
PDOE	ja	ja	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	ja	ja
PDWE	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	ja	t.n.z.	ja

4.1.3 Ausstattung für gerontopsychiatrische Bewohner (Seniorenzentren)

Hierunter werden folgende Kriterien zusammengefasst, die bei der Begehung durch die Auditoren auf Vorhandensein und Funktion stichprobenartig geprüft werden:

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

	Bewegungs- / Aufenthaltsmöglichkeiten	Milieugestaltung	Angemessene Beleuchtung	Individuelle Orientierungshilfen
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.
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	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.

4.1.4 Bewertung der Ausstattung der Wohnbereiche / Stationen, Außenbereiche / Informationsmittel (Pflegedienste: Büroräume, Wartezonen)

Die Auditoren bewerten während der Begehung folgende Kriterien mittels Schulnoten:

- Gestaltung der **Gemeinschaftsräume**.
- Gestaltung der **Außenbereiche** - Balkone / Gehwege / Bepflanzungen.
- **Erscheinungsbild** der **Flure** / Gestaltung der **Sitzgelegenheiten** / Informationsstafeln etc.
- **Veranstaltungsübersicht**

	Gestaltung der Gemeinschaftsräume	Gestaltung der Außenbereiche	Erscheinungsbild der Flure etc.	Veranstaltungs-übersicht
SZKÖ	2+	1	1	1
SZFR	1	1	1	1
SZOE	1-	1	1	1
SZWI	1	1	1	1
SZWE	1	1	1	1
SZTR	1	1	1	1
SZMÜ	1	1	1	1

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

4.1.5 Bewertung des Umfeldes der Inaugenschein genommenen Bewohner / Patienten

Das Umfeld wird während der Inaugenscheinnahme von Bewohnern / Patienten durch sie oder die Auditoren bewertet. Folgende Kriterien sind enthalten:

- **Atmosphäre** (Gestaltung / Farben, Mobiliar, Wandschmuck, Bilder, persönliche Fotos) – nicht zutreffend für den ambulanten Pflegedienst.
- Die **Bewertung der Verpflegung** resultiert aus der direkten Befragung der Bewohner / Patienten während der Begehung (→ Revisionsberichte der UB, Kap. 4.2) (ambulant finden Befragungen nur statt, wenn ein ‚Fahrbarer Mittagstisch‘ durch den Pflegedienst angeboten oder vermittelt wird und Patienten befragt werden können).

Die Bewertung erfolgt nach Schulnoten.

	Atmosphäre	Verpflegung
SZKÖ	1	1-
SZFR	1-	1
SZOE	1-	1-
SZWI	1-	1-
SZWE	1-	1-
SZTR	2-	1
SZMÜ	1-	2+

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

PDBE	1	1
PDOE	t.n.z.	1
PDWE	t.n.z.	1

4.2 Ordnung, Sauberkeit, Hygiene

Wie im vorhergehenden Kapitel wird ein weiterer Bereich der Hauswirtschaft in Teilen vorgestellt (Reinigung). Die Hygiene wird im Rahmen des gesamten Managements behandelt (Strukturen, Prozesse, Ergebnisse).

4.2.1 Bewertung der Reinigungsleistungen in den Wohnbereichen / Stationen und den Zimmern

Die Auditoren bewerten während der Begehungen folgende Kriterien mittels Schulnoten (**Pflegedienste**: Verkehrsflächen, Büro- / Gemeinschaftsräume / Wartezonen):

- **Verkehrsflächen** - Fußböden („runde Ecken“, Staub, Begehrbarkeit).
- **Gerüche** auf Fluren und in Funktionsräumen.
- Sauberkeit **Sanitärbereiche** und Funktionsräume.
- Sauberkeit in **Gemeinschaftsräumen**.
- Sauberkeit der **Umgebung**: Fenster, Sonnenschutz / Jalousien.
- Sauberkeit **Verteilerküchen / Pflegedienste: Einrichtungsküche**.
- Reinigungsleistungen in den **Bewohner- / Patientenzimmern** (Sauberkeit der Zimmer / Nachttische / Hilfsmittel, Gerüche) / **Pflegedienste: Büros**.

	Verkehrsflächen	Gerüche auf den Fluren	Sanitärflächen	Gemeinschaftsräume	Umgebung	Verteilerküche / Pflegedienste: Einrichtungsküche	Bewohner- / Patientenzimmer
SZKÖ	1	1	1	1	1	1	1
SZFR	1	1	1	1	1	1	1-
SZOE	1	1	1	1	1	1	1
SZWI	1	1	1-	1	1	1	1
SZWE	1	1	1	1	1	1	1
SZTR	1	1	1	1	1	1	1-
SZMÜ	1	1	1	1	1	1	1

	Verkehrsflächen	Gerüche auf den Fluren	Sanitärflächen	Geinschaftsräume	Umgebung	Verteilerküche / Pflegedienste: Einrichtungsküche	Bewohner- / Patientenzimmer
KHBE	1	1	3	3+	1	k.B.	3+
RKWE	1-	1-	1	1	1	1	1
RKTR	1	1	1	1	1	k.B.	1

PDBE	1	1	2	1-	1-	t.n.z.	1
PDOE	1	1	1	2	k.B.	t.n.z.	1
PDWE	1	1	1	1	2+	1	1-

4.2.2 Hygiene

In den folgenden Tabellen werden Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien der Anforderungen aus dem Diakonie-Siegel Pflege F 4.5 Hygiene zugrunde gelegt, nach denen auch in den Kliniken gefragt wird.

- **Verfahrensweisungen** (VA) zur Anforderung sind vorhanden und geeignet.
- **Struktur** zum Hygienemanagement ist vorhanden (Hygienebeauftragter, Begehungsplanung, Hygienekommission, Protokolle, Leitfaden).
- Regelmäßige **Begehungen** / Überprüfungen finden statt.
- **Maßnahmenpläne** liegen vor.
- **Pflichtschulungen** aller Mitarbeitenden finden **regelmäßig** statt.
- Teilnahme (TN) an **Pflichtschulungen** wird überprüft.
- **Hygienepläne** sind aktuell und werden **ausgehängt**.

	VA	Struktur zum Hygienemanagement	Begehungen	Maßnahmenpläne	Pflichtschulungen finden regelmäßig statt	TN an Pflichtschulungen wird überprüft	Hygienepläne werden ausgehängt
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	VP	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja

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

PDBE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja

4.2.3 Gesamteindruck der Hygiene

In der folgenden Tabelle werden Hygieneleistungen in den Wohnbereichen / Stationen / Büroräume sowie in den Bewohner- / Patientenzimmern der Inaugenschein genommenen Personen nach Schulnoten bewertet:

- Gesamteindruck auf **Wohnbereichen und Stationen** - hierbei fließen der Umgang mit Arbeitsmitteln, mit dem reinen / unreinen Arbeitsräumen, Lagerungshilfsmitteln, die Lagerung von Verbandsmaterialien und des Sterilgutes sowie die Kleidung der Mitarbeitenden ein.
- Gesamteindruck im **Bewohner- / Patientenzimmer** – die Kleidung der Bewohner / Patienten sowie die Sauberkeit des Pflegebettes werden zur Bewertung des Kriteriums herangezogen. **Anmerkung:** In den ambulanten **Pflegediensten** ist diese Bewertung problematisch, da überwiegend pflegende Angehörige diese Aspekte bestimmen. Sie wird dennoch in den Katalog aufgenommen.

	Wohnbereiche / Stationen	Bewohner- / Patientenzimmer
SZKÖ	1	1-
SZFR	1-	1-
SZOE	1-	1-
SZWI	1	1
SZWE	1	1
SZTR	1	2+
SZMÜ	1-	1-

KHBE	1	1
RKWE	1	1-
RKTR	1	1

PDBE	1-	1
PDOE	2+	k.B.
PDWE	1-	1-

4.3 Konzepte, Standards, Management

4.3.1 Führungsprozesse

Diakonisches Profil

Im Folgenden wird das Diakonische Profil, das sich durch alle Bereiche der Unternehmensbeteiligungen zieht, vorgestellt und dessen Ausprägung bewertet.

Grundsätzlich sind in allen Einrichtungen folgende Aspekte vorhanden:

- **Das Seelsorgeleitbild** ist vorhanden.
- Die Seelsorge wird von **Seelsorgern** vermittelt.
- Die **Angebotsübersicht zur Seelsorge** hängt gut sichtbar und lesbar an allen ‚schwarzen Brettern‘ der Einrichtungen.
- Die **Zusammenarbeit** mit anderen **Konfessionen** und umliegenden **Gemeinden** wird gesucht und gefördert (Liste über die zuständigen Pastoren/Pfarrer und Seelsorger liegt vor).
- Ausstattung der Bewohner- und Patientenzimmer mit dem **Neuen Testament** (NT) (Pflegedienste: Büro).
- 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 ein Aussegnungsset vor. **Bibeln und Gesangsbücher** werden mit Einlageblättern o.ä. ausgestattet, die einen Schnelzugriff auf besonders geeignete Texte und Lieder ermöglichen.
- Die Unternehmensbeteiligungen halten **weitere Fachliteratur** vor, die jedem Mitarbeitenden jederzeit zur Verfügung steht.
- Die vorhandene Literatur ist auf einer **aktuellen Literaturliste** aufgeführt.
- Die **Umsetzung des Leitbildes** der Seelsorge und dieses Rahmenkonzeptes wird regelmäßig **evaluiert**. Hierfür werden in der UB geeignete Instrumente entwickelt. Die Ergebnisse werden dokumentiert, um Schlussfolgerungen abzuleiten und im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses tätig zu werden.

	Seelsorgeleitbild	Seelsorger vorhanden	Liste der Pastoren und Pfarrer	Zusammenarbeit Konfession / Gemeinden	Zimmer - NT	Bibel / Gesangsbuch	Fachliteratur	Aktuelle Literaturliste	Evaluation der Umsetzung des Leitbildes
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	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	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja

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

PDBE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDOE	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.	ja	ja	ja
PDWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja

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

Angebote für **Bewohner und Patienten** gliedern sich wie folgt:

- **Seelsorgerische / diakonische Bedürfnisse** werden im Rahmen der Erstgespräche / bei Aufnahme des Bewohners / Patienten erfragt und dokumentiert. Es ist geregelt, durch wen und in welchem Rahmen diese Bedürfnisse erfasst werden.
- **Diakonische Angebote** (Andachten und Gottesdienst, Adressen umliegender Gemeinden und deren Veranstaltungsangebote) werden am ‚schwarzen Brett‘ bekannt gemacht.
- **Seelsorgerische Betreuung / Zuwendung / Informationen / Teilnahme an Gottesdienste** werden angeboten bzw. ermöglicht.
- **Die Zufriedenheit mit dem Angebot wird regelmäßig evaluiert.**

	Bedürfnisse Pat. / BW	Diakonische Angebote	Seelsorge- rische Betreuung / Zuwendung etc.	Evaluation
SZKÖ	ja	ja	t.n.z.	ja
SZFR	ja	ja	t.n.z.	k.B.
SZOE	ja	ja	t.n.z.	k.B.
SZWI	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	VP	k.B.	k.B.
SZMÜ	ja	ja	ja	ja

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

PDBE	nein	ja	ja	ja
PDOE	VP	ja	ja	ja
PDWE	ja	ja	ja	ja

Angebote für **Mitarbeitende** umfassen folgende Kriterien:

- Diakonische Anforderungen sind in den **Stellen- und Aufgabenbeschreibungen** für Mitarbeitende und Ehrenamtliche hinterlegt.
- Das Thema „**Arbeiten in christlicher Verantwortung**“ ist Bestandteil von Vor- und **Einstellungsgesprächen**, der individuellen Einarbeitung neuer Mitarbeitenden und (sofern vorhanden) von Einführungsseminaren für neue Mitarbeitende.
- **Mitarbeitende** der medizinischen/pflegerischen Bereiche wird vermittelt, dass die Bereitschaft zur Wahrnehmung seelsorgerischer Aufgaben von ihnen erwartet wird – Fortbildungen und geeignete Hilfsmittel **qualifizieren** sie **zur Führung von Gesprächen** religiöser Natur.
- Jeder **Mitarbeitende erhält ein Neues Testament** (z.B. in Zusammenarbeit mit dem Gideonbund).

- Das diakonische Profil ist **Bestandteil der Checkliste** zur Einarbeitung neuer Mitarbeitenden und Ehrenamtlicher.
- Regelmäßiger **Tagesordnungspunkt** der protokollierten Dienstbesprechungen sowie in Mitarbeitendengesprächen
- Interne und externe **Fortbildungen**, die der Auseinandersetzung mit dem diakonischen Profil der UB dienen, werden angeboten bzw. die Mitarbeitende für die Teilnahme freigestellt.
- **Seelsorgeangebote** für Mitarbeitende, insbesondere auch für Menschen in persönlichen Krisensituationen, werden am ‚schwarzen Brett‘ veröffentlicht.
- Um **Abschied** nehmen zu können, wird die Teilnahme von Mitarbeitenden an Aussegnungen und Beerdigungen **ermöglicht**.

	Stellen- und Aufgabenbeschreibung	Arbeiten in christlicher Verantwortung - Einstellungsgespräche	Qualifikation der Mitarbeiter	Mitarbeiter erhalten NT	Checkliste	TOP bei Dienstbesprechungen / MA-Gespräche	Fortbildungen	Seelsorgeliche Angebote	Teilnahme am Abschied / an Beerdigungen
SZKÖ	ja	VP	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	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	nein	ja
SZWE	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	VP
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja

KHBE	VP	ja	ja	VP	ja	VP	ja	VP	t.n.z.
RKWE	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja	VP
RKTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja

PDBE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	VP	ja
PDOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDWE	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja

Zur Begleitung von **Schwerkranken und Sterbenden** werden folgende Kriterien bewertet:

- **Verfahrensweisungen (VA)** oder Standards zur Begleitung von Schwerkranken und Sterbenden liegen vor (bspw. wird dort die Dokumentation und Unterstützung der Wünsche des Sterbenden durch die Mitarbeitenden – z.B. Sterben in der gewohnten Umgebung – geregelt; bei Bedarf: Einbeziehung der Heimatgemeinde).
- **Maßnahmen im Todesfall** sind in der Regelung zu Notfällen schriftlich niedergelegt.
- Respektierung **anderer 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.
- Die Umsetzung der VA und Standards wird regelmäßig überprüft bzw. **evaluiert**.

	VA	Maßnahmen im Todesfall	Respekt anderer Religionen	Krankenabendmahl	Utensilien	Versorgung Sterbender auch während der Nacht	Evaluation
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.	ja
SZWI	VP	VP	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	VP	ja	VP	VP	ja	VP	nein
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja

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

PDBE	ja	ja	ja	ja	ja	t.n.z.	VP
PDOE	ja	ja	ja	t.n.z.	k.B.	t.n.z.	nein
PDWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja

Dienstplan / Tourenplan

Dienstpläne und zusätzlich in den Pflegediensten Tourenpläne sind:

- **Vollständig erstellt** und dokumentenecht (Beschriftung - Name der Einrichtung, Einsatzbereich, Gültigkeitszeitraum / Dreizeiligkeit - Vor- und Zunahme, Qualifikation, Regelarbeitszeiten / Legende der Abkürzungen / Datum der Erstellung mit Unterschrift der verantwortlichen Personen / PDL (Freigabe) / Berücksichtigung von Freistellungen, Anleitungszeiten (Praxisanleiter), Urlauben und Sonderaufgaben).
- **Bezugspflege** (personelle Kontinuität) wird deutlich.
- Einsatz des Pflegepersonals (Pflegefach- und Pflegekräfte) entsprechend Ihrer fachlichen **Qualifikation**.
- **Sonderzeiten** (Teambesprechungen, Pausen, Übergabefenster etc.) / **24-Stunden-Erreichbarkeit (ambulant)**.
- **Soll-/Ist-Planung** bzw. Abgleich.
- Ausweisung von **Ausfallzeiten**.
- Der Zeitpunkt der **Veröffentlichung** soll mindestens **vier Wochen** vor dem **Inkrafttreten** liegen.

- Die **Archivierung** beträgt mindestens 10 Jahre.

	Vollständigkeit	Bezugspflege	Qualifikation	Sonderzeiten / 24 Std. Erreichbarkeit	Soll-/Ist-Abgleich	Ausfallzeiten	Veröffentlichung	Archivierung
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	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	ja	ja	ja	ja	ja	nein
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja

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

PDBE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja

Interne Kommunikation, Einarbeitung neuer Mitarbeitender / Ehrenamtlicher

Folgende Kriterien werden geprüft:

- Eine **Übersicht** der Besprechungsarten und teilnehmenden Berufsgruppen liegt vor. Besprechungen werden **systematisch** organisiert (Benennung Verantwortlicher, Tagesordnung mit Ergänzungsmöglichkeiten durch Teilnehmer, zeitnah (Zeitraum festgelegt) erstellte Protokolle, Maßnahmenplan mit Ergebnisüberprüfung (wer, was bis wann)).
- **Vernetzung** der Berufs- und Funktionsgruppen wird sichergestellt (z.B. über das Krankenhausinformationssystem, GroupWise, gemeinsame Laufwerke).
- Systematische **Einarbeitung** und Begleitung **neuer Mitarbeitender** (Leitfaden / Checkliste, Mentor, Gespräche, Ermittlung von Fortbildungsbedarfen / Qualifikation, systematische Ermittlung des Erfolges der Einarbeitung).
- Systematische **Einarbeitung** und **Betreuung Ehrenamtlicher** (Einarbeitung erfolgt analog zu hauptamtlichen Mitarbeitenden).

	Systematische Übersicht	Vernetzung	Einarbeitung neuer Mitarbeiter	Einarbeitung Ehrenamtlicher
SZKÖ	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	VP	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja

	Systematische Übersicht	Vernetzung	Einarbeitung neuer Mitarbeiter	Einarbeitung Ehrenamtlicher
KHBE	ja	ja	ja	t.n.z.
RKWE	VP	VP	ja	ja
RKTR	ja	ja	ja	ja

PDBE	ja	ja	ja	ja
PDOE	ja	ja	ja	t.n.z.
PDWE	ja	ja	ja	k.B.

Mitarbeitendengespräche / Teamentwicklung / Ausbildung

Folgende Kriterien werden geprüft:

- **Mitarbeitendengespräche** finden regelmäßig und systematisch geplant statt (Termin, Vorbereitung, Themen, Zielvereinbarungen).
- **Maßnahmen zur Teamentwicklung** werden regelmäßig im Zuge von systematischen Befragungen und Audits geprüft und, wenn notwendig, angeboten.
- **Strukturierte Ausbildung** (Regelung).
- Die **Auszubildenden** werden **systematisch begleitet** (Ressourcen vorhanden, Lernziele, Reflexionsgespräche, Überprüfung des Erfolges zur Weiterentwicklung des Konzeptes, Informations- und Erfahrungsaustausch mit der Ausbildungsstätte).

	Mitarbeiter- gespräche	Maßnahmen der Teamentwick- lung	Strukturierte Ausbildung	Systematische Begleitung der Auszubildenden
SZKÖ	k.B.	k.B.	ja	ja
SZFR	ja	k.B.	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	VP
SZWI	ja	VP	ja	ja
SZWE	ja	VP	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	VP
SZMÜ	ja	ja	ja	VP

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

PDBE	ja	ja	nein	nein
PDOE	ja	k.B.	ja	ja
PDWE	ja	ja	ja	ja

Fort- und Weiterbildungsmanagement / Literatur

- Die Planung richtet sich nach **Fort- / Weiterbildungsbedarfen** der Mitarbeitenden (wird regelmäßig in allen Bereichen erhoben) und den Notwendigkeiten der Einrichtung (z.B. Bedarfe, die sich aus den Auditergebnissen ergeben, neue Anforderungen und Fachschwerpunkte).
- Es gibt ein **Fortbildungsbudget** für die / den Verantwortlichen.
- **Fortbildungspläne** werden regelmäßig für alle Bereiche erstellt sowie bekannt gemacht.
- **Pflichtfortbildungen** sind festgelegt.
- Fortbildungspläne weisen **Fortbildungspunkte** („Registrierung beruflich Pflegenden“, „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.
- Die **Teilnahmen** werden **überprüft** und Mitarbeitende, 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 oder der Pflegevisiten: Vollständigkeit der Dokumentation gegeben).
- Eine Auswahl aktueller **Fachbücher** wird für alle Mitarbeitende zugänglich aufbewahrt, die in einer Literaturliste aufgeführt sind. Mindestens eine periodisch erscheinende **Fachzeitschrift** mit **Umlaufdokumentation** wird für die Einrichtung beschafft.

	Fort- / Weiterbildungsbedarfe	Fortbildungsbudget	FB-Pläne für alle Bereiche	Pflichtfortbildungen	Fortbildungspunkte (Registrierung beruflich Pflegenden, Landesärztekammer)	Schwerpunktthemen	Teilnahme wird überprüft	Evaluation des Erfolges	Fachbücher / Fachzeitschriften / Umlauf
SZKÖ	ja	k.B.	ja	ja	nein	ja	VP	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	k.B.	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	nein	ja	VP	VP	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja

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

PDBE	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja
PDOE	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja
PDWE	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja

4.3.2 Qualitätsmanagement

Struktur des Qualitätsmanagements

- Eine **Verfahrensweisung** (VA) liegt vor und bezieht sich auf das Diakonie-Siegel Pflege (Kapitel F 3) oder KTQ (Kategorie 6).
- Ein **Qualitätsmanagementbeauftragter** (QMB) ist benannt und für die Aufgaben freigestellt.
- Eine **Stellenbeschreibung** 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	VP	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	VP	VP	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja

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

PDBE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja

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

- **Verfahrensweisungen** (VA) zu Teilbereichen des Qualitätsmanagements wurden erstellt (Lenkung von Dokumenten, Fehlermanagement, Korrektur- und Vorbeugungsmaßnahmen, Beschwerdemanagement, Interne Audits, Bewohner-/Patientenbefragung, Vorschlagswesen, Umgang mit Bewohner-/ Patienteneigentum, Arbeitsschutz, Brandschutz, Wartungs- und Kontrollsystem, Hygienemanagement, Gebäude- und Geländesicherheit).

- Für die Teilbereiche sind jeweils **Mitarbeitende** qualifiziert und **verantwortlich** beauftragt / bestellt, die mit der QMB zusammenarbeiten.
- **Qualitätssicherungsmaßnahmen** werden in allen Teilsystemen 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 **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 Mitarbeitenden präsentiert und in den Leitungs- und Teambesprechungen aller Bereiche **kommuniziert**.

	VA zu allen Teilbereichen	Beauftragte sind benannt / bestellt	QS-Maßnahmen / Maßnahmenpläne in allen Teilbereichen	QMB als zentrale Instanz der QS	Managementbewertung	Kommunikation der Ergebnisse und Pläne
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.
SZFR	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	k.B.	k.B.	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja

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

PDBE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja

4.3.3 Sicherheit

Arbeitsschutz / Brandschutz / Wartungs- und Kontrollsystem / Gebäude- und Geländesicherheit

In den folgenden Tabellen werden die Kriterien der Anforderungen aus dem Diakoniesiegel Pflege F 4.2 bis F 4.4 sowie F 4.6 zusammenfassend (entsprechend KTQ Subkategorie 3.1) dargestellt:

- **Verfahrensweisung** (VA) zur jeweiligen Anforderung vorhanden und geeignet.
- **Ausschüsse** tagen regelmäßig, werten geeignete Unterlagen aus (z.B. Verbandsbücher, Arbeitsunfähigkeitsursachen) – Protokolle liegen vor.
- **Bestandsverzeichnis** der Medizinprodukte liegt vor.
- Regelmäßige Begehungen / **Überprüfungen** finden statt.
- Aushang **Flucht- / Rettungspläne**.
- **Maßnahmenpläne** werden erstellt.
- **Pflichtschulungen** finden **regelmäßig** statt.
- **Teilnahme** (TN) an Pflichtschulungen wird **überprüft**.

	VA	Ausschüsse	Bestandsverzeichnis	Überprüfungen	Flucht- / Rettungspläne	Maßnahmenpläne	Pflichtschulungen	Teilnahme wird überprüft
SZKÖ	ja	VP	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	VP	k.B.	ja	ja	ja	ja	VP
SZWE	ja	ja	VP	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	ja	k.B.	k.B.	k.B.
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja

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

PDBE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDOE	ja	ja	k.B.	ja	ja	ja	ja	ja
PDWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja

4.3.4 Leitbilder, Konzepte und Versorgung

Leitbilder

Das Diakonie-Siegel Pflege nimmt in F 1.1 Diakonisches Einrichtungsleitbild und weiteren Anforderungen, KTQ in 5.1.1 Entwicklung eines Leitbildes auf dieses Thema Bezug.

- In allen Unternehmensbeteiligungen existieren **Leitbilder** zu allen Themen (u.a. Unternehmensleitbild, Seelsorgeleitbild, Pflegeleitbild, Hauswirtschaftsleitbild).
- Während der **Teamsitzungen**, **Fortbildungen** und zur **Einführung** neuer Mitarbeitenden werden die Leitbilder thematisiert.
- In allen Einrichtungen - auf **Wohnbereichen** und **Stationen** - **hängen die Leitbilder aus**.

	Leitbilder	Thematisierung der Leitbilder / Einführung neuer MA	Aushang in allen Bereichen
SZKÖ	ja	ja	ja
SZFR	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	VP
RKWE	ja	ja	ja
RKTR	ja	ja	ja

PDBE	ja	ja	ja
PDOE	ja	ja	ja
PDWE	ja	ja	ja

Konzepte

Konzepte bilden die festgeschriebene Struktur und werden in vielen Anforderungen des Diakonie-Siegels Pflege sowie Subkategorien von KTQ thematisiert.

- **Pflegekonzept** (z.B. Pflegemodell, -system, -prozess, innerbetriebliche Kommunikation, räumliche und personelle Ausstattung).
- **Hauswirtschaftskonzept** (z.B. die Ausstattung der Wohnbereiche, Konzepte die Bereiche der Verpflegung, Reinigung und Wäscheversorgung betreffend, z.B. Aussagen zur Leistungsgestaltung Verpflegung, Aussagen zur Leistungsgestaltung Reinigung, Aussagen zur Leistungsgestaltung Wäscheservice, Aussagen zur Kooperation mit anderen Diensten, Aussagen zur personellen Ausstattung, Essenszeiten, Diätberatung, zusätzlicher Speiseversorgung)
- **Sozialdienst / Soziale Betreuung** (z.B. Organisation der Beratung, Soziale Betreuung und Angehörigenarbeit, Einbindung der Beteiligten in die Kommunikation, Dokumentation im Bewohner- / Patientendokumentationssystem, Ausstattung).
- Mitarbeitenden sind die **Konzepte bekannt**.

	Pflegekonzept	Hauswirtschaftskonzept	Konzept der Sozialen Betreuung	Mitarbeitern sind die Konzepte bekannt
SZKÖ	ja	ja	ja	VP
SZFR	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	VP	ja
SZTR	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
SZMÜ	ja	ja	ja	VP

	Pflegekonzept	Hauswirtschaftskonzept	Konzept der Sozialen Betreuung	Mitarbeitern sind die Konzepte bekannt
KHBE	k.B.	k.B.	ja	k.B.
RKWE	nein	VP	ja	ja
RKTR	ja	ja	ja	ja
PDBE	ja	ja	ja	ja
PDOE	ja	ja	ja	ja
PDWE	ja	ja	ja	ja

4.3.5 Erstkontakt, Erstgespräch, Aufnahme

- **1. Verantwortlichkeiten** sind in den beteiligten Berufsgruppen geregelt.
- **2. Checkliste** für den Erstkontakt für Mitarbeitende am Abend, an Wochenenden und Feiertagen ist vorhanden.
- **3. Durch Vorabinformationen** (Erstgespräch, Fax durch Einweiser / Sozialdienste einweisender Institutionen) werden die für alle Berufsgruppen relevanten Informationen systematisch gesammelt und dokumentiert. Die Weiterleitung der Informationen an die Berufsgruppen wird vor der Aufnahme sichergestellt.
- **4. Checkliste Aufnahme:** Am Tag der Aufnahme sind alle notwendigen Vorbereitungen für eine reibungslose Aufnahme abgeschlossen. Der Wohnbereich / die Station ist informiert (Pflegedienst, Arztdienst, Hauswirtschaft, Therapeutischer Dienst).
- **5. Die Aufnahme** erfolgt reibungslos – alle notwendigen Informationen (z.B. Risikoermittlung) werden erhoben und weitergeleitet.

	Pflegedienst					Soz.Betreuung / Soz.Dienst		
	1	2	3	4	5	1	3	5
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	VP	k.B.	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	nein	nein	ja	ja	ja	nein	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	k.B.	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja

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

PDBE	ja	ja	VP	t.n.z.	ja	k.B.	VP	ja
PDOE	ja	ja	VP	t.n.z.	ja	k.B.	VP	ja
PDWE	ja	ja	ja	t.n.z.	ja	ja	ja	ja

	Arztdienst					Therapeutischer Dienst	Technischer Dienst
	1	2	3	4	5	5	4
SZKÖ	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	ja
SZFR	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	ja
SZOE	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	ja
SZWI	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	ja
SZWE	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	ja
SZTR	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	ja
SZMÜ	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	ja

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

Versorgung und Integration der Patienten / Bewohner

Bewertet wird, ob die Zusammenarbeit der Berufsgruppen Pflegedienst, Soziale Betreuung / Sozialdienst, Arztdienst und Therapeutischer Dienst bezüglich folgender Kriterien geregelt ist:

- **1. Behandlungs- / Versorgungsprozesse - Verantwortlichkeit** für Planung, Durchführung und Bewertung - bspw. durch Nationalen Expertenstandards / Verfahrensanweisungen / Leitlinien.
- **2. Integration in den Behandlungsprozess: Aus der Risikoeinschätzung abgeleitete Planungen und Maßnahmen.** Hierunter fallen alle bspw. 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).
- **Nur Soziale Betreuung / Sozialdienst:** Erstellung von **Angeboten** / Einbezug der Bewohner in die Erstellung der Angebote (z.B. über den Heimbeirat) / Austausch und Bekanntmachung der Angebote.
- **3.** Die Maßnahmen, wie bspw. die der Behandlungspflege sind in geeigneter Form, wie Verordnungen des Arztes, **aktuell** und schriftlich **dokumentiert**.
- **Nur Soziale Betreuung / Sozialdienst:** 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?

	Pflegedienst			Soz. Betreuung / Soz. Dienst	
	1	2	3	2	3
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	k.B.
SZFR	ja	ja	ja	ja	VP
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	VP	ja
SZWE	ja	ja	ja	VP	ja
SZTR	ja	ja	ja	k.B.	k.B.
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja

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

PDBE	ja	k.B.	k.B.	ja	t.n.z.
PDOE	ja	k.B.	k.B.	ja	t.n.z.
PDWE	ja	ja	ja	t.n.z.	t.n.z.

	Arztdienst			Therapeutischer Dienst		
	1	2	3	1	2	3
KHBE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
RKWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
RKTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja

Überprüfung / Präsentation / Zielerreichung

Insgesamt wird das Versorgungsergebnis überprüft:

- **Bewohner- und Patientenbefragungen** finden einmal jährlich bethelweit statt.
- **Bewohner- und Patientenbefragungen** finden darüber hinaus einrichtungsspezifisch statt / ein **Beschwerdemanagement** ist etabliert.
- Regelmäßige **Evaluationen** der Ergebnisse des **Aufnahme- und Versorgungsprozesses** (z.B. durch interdisziplinäre Visiten / Integrations- und Pflegevisiten sowie andere Auditformen) finden statt.
- Die **Ergebnisse** werden regelmäßig und zeitnah **präsentiert**.
- **Maßnahmenpläne** werden erstellt und die **Zielerreichung** von den Verantwortlichen überprüft / sichergestellt.

	Bewohner- / Patientenbefragung bethelweit	Bewohner- / Patientenbefragung unterjährig	Evaluation Aufnahme - Versorgungsprozess	Ergebnispräsentation	Maßnahmenpläne / Zielerreichung
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	k.B.	K.B.	VP	k.B.	k.B.
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja

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

PDBE	ja	ja	t.n.z.	ja	ja
PDOE	ja	ja	ja	ja	ja
PDWE	ja	ja	ja	ja	ja

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‘).

	Schwerpunkt vorhanden	Wenn ja, welcher (e)?
SZKÖ	nein	Keinen
SZFR	nein	Keinen
SZOE	nein	Keinen.
SZWI	nein	Keinen.
SZWE	nein	Keinen.
SZTR	nein	Keinen.
SZMÜ	ja	Gerontopsychiatrischer beschützender Bereich

PDBE	nein	Keinen.
PDOE	nein	Keinen.
PDWE	nein	Keinen.

4.3.6 Standards und Leitlinien

In den Berufsgruppen Pflegedienst, Soziale Betreuung, Arztdienst, Therapeutischer Dienst kommen Leitlinien / Behandlungspfade / einrichtungsindividuelle Standards und Nationale Expertenstandards / Hygienerichtlinien zum Einsatz.

	Pflegedienst	Soz.Betreuung	Arztdienst	Therapeutischer Dienst
SZKÖ	ja	ja	k.B.	k.B.
SZFR	ja	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
SZOE	ja	ja	t.n.z.	ja
SZWI	ja	k.B.	t.n.z.	t.n.z.
SZWE	ja	k.B.	t.n.z.	t.n.z.
SZTR	ja	k.B.	t.n.z.	t.n.z.
SZMÜ	ja	k.B.	t.n.z.	t.n.z.

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

PDBE	ja	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
PDOE	ja	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
PDWE	ja	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.

Pflegerischer Bereich

Folgende Kriterien werden überprüft:

- **Vollständigkeit** der Nationalen Expertenstandards (NES).
- Einrichtungsindividuell erstellte **Pflegestandards** zur Behandlungspflege.
- Evaluation der Pflegestandards durch regelmäßige **Pflegevisiten**.
- **Integrationsvisiten** werden bei allen neuen Bewohnern/Patienten gemäß Verfahrensweisung des Diakoniewerks Bethel durchgeführt.
- **Audits** nach Empfehlung des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP).
- **Fokussierte Visiten** werden durchgeführt.

	Vollständigkeit NES	Pflegestandards	Pflegevisiten	Integrationsvisiten	Audit nach NES	Fokussierte Visiten
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	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	k.B.	k.B.	k.B.
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja
KHBE	ja	ja	ja	t.n.z.	ja	ja
RKWE	VP	ja	ja	t.n.z.	ja	ja
RKTR	ja	ja	ja	t.n.z.	ja	ja

	Vollständigkeit NES	Pflegestandards	Pflegevisiten	Integrationsvisiten	Audit nach NES	Fokussierte Visiten
PDBE	ja	ja	ja	ja	ja	t.n.Z.
PDOE	ja	ja	ja	ja	ja	t.n.Z.
PDWE	ja	ja	ja	ja	ja	t.n.Z.

Ernährung

Zur Speiseversorgung werden folgende Kriterien bewertet, die für den Pflegedienst nur herangezogen werden, wenn ein fahrbarer Mittagstisch angeboten oder vermittelt wird:

- Die Einhaltung der **Richtlinien und Standards** (HACCP, LmG, Verordnungen zur Lebensmittelhygiene) werden durch Begehungen regelmäßig überprüft / Lieferantenbewertungen liegen vor (bei Auslagerung der Leistung).
- **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).
- **Getränkeversorgung** (nachvollziehbare Information der Bewohner über die Getränkeauswahl und Bereitstellung, Kalt- und Warmgetränke sind jederzeit verfügbar, regelmäßige Getränkestunden, Getränkestationen).

	Richtlinien und Standards	Essenszeiten	Getränkeversorgung
SZKÖ	k.B.	k.B.	k.B.
SZFR	k.B.	k.B.	k.B.
SZOE	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja
SZTR	ja	k.B.	k.B.
SZMÜ	k.B.	ja	ja

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

Medikamentenversorgung

Abgesehen von der Verfahrensanweisung, die im Vorfeld der Revision auf ihre Eignung begutachtet wird, überprüfen die Auditoren während der Revision folgende Kriterien:

- Eine **Verfahrensanweisung** liegt vor und ist geeignet

- Werden Medikamente in allen Stationen/Wohnbereichen in **abgeschlossenen Schränken aufbewahrt** / bei Bedarf im **Medikamentenkühlschrank** gelagert?
- Eine **namentliche Kennzeichnung** aller Medikamente und bewohnerbezogenen Verbandsstoffe ist, wenn erforderlich, erfolgt.
- **Entsprechen** die **gestellten Medikamente** denen, die der Arzt **angeordnet** hat?
- Die BTM werden ausschließlich im **BTM-Buch** geführt und ausgetragen. Die **Dokumentation** stimmt mit dem Bestand und den Verordnungen von BTM überein.

	VA	Med.-Schränke abschließbar / Lagerung Medikamenten- kühlschränke	Namentliche Kennzeichnung	Entsprechung von gestellten und verordneten Med.	Dokumentation im BTM-Buch
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	VP	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	k.B.	k.B.	VP
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja

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

PDBE	ja	ja	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
PDOE	ja	ja	ja	t.n.z.	t.n.z.
PDWE	ja	ja	ja	ja	t.n.z.

Geregeltes Notfallmanagement

Während der Revision werden, die Verfahrensanweisung ausgenommen, folgende Kriterien überprüft:

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

	VA	Notfallaus- rüstung	Pflichtfortbil- dungen	Auswertung der Notfälle
SZKÖ	ja	ja	ja	nein
SZFR	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	nein
SZWI	VP	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	k.B.
SZTR	VP	ja	ja	VP
SZMÜ	ja	ja	ja	ja

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

PDBE	ja	ja	ja	VP
PDOE	ja	ja	ja	ja
PDWE	VP	ja	ja	nein

4.4 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, wenn Leistung erbracht wird):

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

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	Zufriedenheit
SZKÖ	1	1-
SZFR	1-	1-
SZOE	1	1-
SZWI	1	1-
SZWE	1	1-
SZTR	1-	1-
SZMÜ	1	1

KHBE	1-	1-
RKWE	1-	1-
RKTR	1-	1-

PDBE	1-	1-
PDOE	1-	1-
PDWE	1-	1-

4.5 Ergebnisqualität: Überprüfung der medizinischen Dokumentation

4.5.1 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

	Direkte Pflege / Gesamtbewertung Auditoren
SZKÖ	1-
SZFR	1
SZOE	1-
SZWI	1
SZWE	1
SZTR	2+
SZMÜ	1-

KHBE	1
RKWE	1-
RKTR	1

PDBE	1-
PDOE	1
PDWE	2+

4.5.2 Formale und inhaltliche Führung der medizinischen Dokumentation

Die Überprüfung der Dokumentation konzentriert sich auf die **Darstellung des Pflegeprozesses** in der Pflegeplanung und im –bericht (→ Seniorenzentren und Pflegedienste) bzw. des **Versorgungsprozesses** aus Sicht aller beteiligten Berufsgruppen (→ Krankenhaus und Reha-Kliniken) sowie aller ergänzenden Bestandteile des Dokumentationssystems. Vor allem die Entwicklung eines Bewohners / Patienten von der Aufnahme bis zum Prüfungszeitpunkt muss sich anhand der Dokumentation – beispielsweise der Pflegeplanung und seiner Aus- und Neubewertungen - nachvollziehen lassen. Alle Ereignisse, Befindlichkeiten und Besonderheiten inklusive zugehöriger Maßnahmen und Überprüfungsintervalle sollten von den befragten Mitarbeitenden vorgetragen werden und mussten aus der Dokumentation hervorgehen. Die Bewertung dieses Kriteriums erfolgt mittels Schulnoten.

Das Kriterium **Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit** bezieht sich auf den dargestellten Prozess. Denn mag die Darstellung durch die Mitarbeitenden oder die Beschreibung in der Dokumentation auch gut sein, können dennoch Informationslücken entstehen, weil Teile der Dokumentation ausgelagert wurden und für die Nachvollziehbarkeit des Gesamtthergangs nicht zur Verfügung stehen oder weil Prozesse und deren Dokumentation über mehrere Berufsgruppen ‚verteilt‘ wurden.

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

KHBE	2+	1
RKWE	1	2
RKTR	1-	1

PDBE	1-	1
PDOE	1	1
PDWE	1-	1

4.6 Rezertifizierungen 2017 nach DSP und KTQ

Seit 2010 sind alle Einrichtungen des DwB nach Diakonie-Siegel Pflege (**DSP**) bzw. Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (**KTQ**) zertifiziert.

Für alle Seniorenzentren und Pflegedienste (im Folgenden **SZ** und **PD**) begann 2016 der vierte Rezertifizierungszyklus nach DSP. Die Seniorenzentren SZTR und SZOE sowie die Pflegedienste PDBE und PDOE bestätigten ihre Zertifizierung nach DSP 2017. Alle Ergebnisse zur Rezertifizierung nach DSP sind im Bericht zur „**1. Begutachtung zur Systemförderung**“ nachzulesen. Der Bericht wurde im Internet veröffentlicht³.

Die Matrixzertifizierung wurde im laufenden Zyklus auf das Diakonie-Siegel Pflege beschränkt, die bisher etablierte automatische Verleihung des DIN EN ISO 9001:2015

³ <https://www.bethelnet.de/ueber-uns/qualitaetsentwicklung/qualitaetsberichte.html>

bis 2018 ausgesetzt, 2019 wird dieses wieder zusammen mit dem DSP erworben (**siehe Kapitel 4.10**).

Die nächsten Termine der Rezertifizierung nach DSP für 2018 werden mit allen Beteiligten vereinbart und betreffen die Scheve Management, die Seniorenzentren SZKÖ, SZFR und SZMÜ. Die RKTR und das KHBE werden sich nach KTQ rezertifizieren lassen.

4.7 Ergebnisse der Zertifizierungsaudits nach DSP

Mit dem 1. Förderaudit von 2017 wurde die vierte Runde der Rezertifizierung fortgesetzt, die 2018 abgeschlossen werden wird.

Die Auditoren von proCumCert (**pCC**) stellen zu Beginn ihres Berichtes fest:

„Das Managementsystem der Einrichtung Diakoniewerk Bethel gGmbH Berlin entspricht den Anforderungen des Bundesrahmenhandbuches Diakonie-Siegel Pflege Vers. 3.0. Es ist angemessen und wirksam in der Einrichtung realisiert. Es wurden keine Abweichungen ... festgestellt.“

Das Auditteam empfiehlt der pCC die Aufrechterhaltung der Zertifizierung des Managementsystems der Einrichtung nach Diakonie-Siegel Pflege Vers. 3.0.

Alle Einrichtungen präsentieren sich eindeutig als diakonische Einrichtungen. Die Auszubildenden äußern sich einrichtungsübergreifend sehr zufrieden mit den Ausbildungsbedingungen. Sie würden jederzeit die Einrichtungen an andere interessierte Auszubildende weiter empfehlen.

Ein einrichtungsübergreifendes Verbesserungspotential ist der Ausbau des sogenannten E-Learnings. Das E-Learning verstärkt u.a. die Fachlichkeit der Mitarbeitenden (s.u.).

Alle Einrichtungen müssen auf Grundlage des Berichtes sicherstellen, dass die aufgeführten Verbesserungspotentiale bei ihnen ausgeschlossen sind.

4.8 Zentrale Projekte zur Konzernentwicklung 2017

2017 soll der konzernweite Pflegevisitenkatalog um die aktuellen Veränderungen ergänzt, Redundantes herausgenommen werden. 2018 prüfen alle Einrichtungen ihre Pflegequalität mit dem neuen Katalog.

4.9 *Schwerpunktthemen 2017 – Ergebnisse*

In diesem Jahr, zum letzten Mal nach drei Jahren in Folge, standen alle Aspekte rund um das **diakonische Profil** im Fokus der Internen Revisionen. Herangezogen wird die Richtlinie „Arbeiten in christlicher Verantwortung“, aus der der Anspruch des Diakoniewerkes Bethel an seine Einrichtungen und deren Angebote und Maßnahmen für Angehörige, Betreute und Mitarbeitende abgeleitet wird.

Das diakonische Profil findet sich deshalb in unterschiedlichen Bereichen, wie beispielsweise dem der **Fort- und Weiterbildung**, der **Teamentwicklung**, **Einführung neuer Mitarbeitenden**, der Betreuung und Begleitung **Ehrenamtlicher**, der Erstellung und Pflege aller **Stellen- und Aufgabenbeschreibungen**, der **Begleitung Sterbender** oder dem der **Seelsorge**. Die Einrichtungen beachten prinzipiell die Vorgaben des diakonischen Profils, wie die Übersichten (**siehe Kapitel 4.3.1**) zeigen. Vereinzelt Verbesserungspotentiale bestanden 2017 und die Vorjahre beispielsweise darin, allen neuen Mitarbeitenden bei Aufnahme der Tätigkeit neben der üblichen Informationsmappe ein Neues Testament zu überreichen oder im Aushang auf seelsorgerliche Angebote für Mitarbeitende hinzuweisen. Die Teilnahme am Krankenabendmahl bzw. auch an Beisetzungen wird auf Wunsch der Mitarbeitenden gewährt.

2017 hat ein Projekt bezüglich der **Weiterentwicklung von MCC** in den **Seniorenzentren** begonnen, um eine Effizienzsteigerung der Dokumentation zu erreichen. Darüber hinaus sollen alle Einrichtungen des DSP-Bereiches – Seniorenzentren und Pflegedienste – bis Ende 2018 die Prinzipien der **Strukturierten Informationssammlung (SIS)** einführen.

Der **Umgang** der Einrichtungen mit den **Ergebnissen der jährlichen Mitarbeitendenbefragung** zeigt auch über 2017 hinaus, dass die Befragungen im Fokus bleiben werden. Unternehmensweit betrachtet, gab es 2017 eine Steigerung der Beteiligung, die als repräsentativ gewertet werden kann. Insbesondere die Mitarbeitenden, die ihrer Einrichtung die Schulnote „3“ gaben, sollten im Fokus der Einrichtungen stehen, denn diese haben innerlich noch nicht „gekündigt“.

Neben diesen Schwerpunkten gab es **weitere Aspekte**, die 2017 thematisiert wurden:

- Nach ersten Anlaufschwierigkeiten lässt sich gegenwärtig ein routinierterer Umgang mit dem „**Fehler des Monats**“ feststellen (**vgl. Kapitel 5.4.1**).

- **Notfälle – medizinische, pflegerische, sonstige** - sind auszuwerten und es muss sichergestellt werden, dass keine unnötigen Verzögerungen im Ablauf aufgetreten sind. Dabei wird vorausgesetzt, dass alle Mitarbeitende nach bestem Wissen und Gewissen handelten. Kommt es dennoch zu Komplikationen, muss die Ursache untersucht und die Gründe hierfür abgestellt werden. Das DSP und die neue Norm DIN EN ISO 9001:2015 fordern einen veränderten Ansatz zum Risikomanagement: Eine Einrichtung muss die **Eintrittswahrscheinlichkeit** seiner vordringlichen Risiken nach Durchführung geeigneter Gegenmaßnahmen jeweils neu einschätzen (s.u). Die Auswertung der Notfälle ist ein Teilaspekt dieses Ansatzes.
- Die Rückmeldungen der Auszubildenden und der Praxisanleitenden bezüglich der Thematisierung der **Nationalen Expertenstandards in der Pflege** und des **Pflegeprozesses** während der Ausbildung war weiterhin auf der Agenda. Im Rahmen der Befragung der Auszubildenden in den einzelnen Einrichtungen wurde berichtet, dass die genannten Themen während der Ausbildung gelehrt werden - jedoch in sehr unterschiedlicher Qualität.
- Die **Pflegesoftware Medifox** ist seit 2016 in den Pflegediensten eingeführt. Unter anderem lässt sich die Tourenplanung übersichtlicher steuern. Die mobile Datenerfassung ermöglicht eine zeitgenaue und leichtere digitale Abrechnung. Jedoch nicht alles, was im Ausblick genannt und versprochen wurde lässt sich durch das Programm realisieren. So ist die Darstellung der Kennzahlen mit mehr Aufwand verbunden, als angedacht, Fortbildungsstatistiken lassen sich nur mit viel Aufwand einpflegen.
- Das Projekt zur **Einführung von MCC -Shiva** hat 2016 in den Reha-Kliniken begonnen. Aufgetretene Schwierigkeiten konnten inzwischen gelöst werden – jedoch führte die Arbeit hieran zur Verzögerung des Projektes. Der erste Teilabschnitt – Einführung der Therapieplanung - konnte nun von beiden Reha-Kliniken abgenommen werden.
- Die **Fachlichkeit** der Mitarbeitenden muss verstärkt in den Fokus der Unternehmensleitungen geraten. Hierzu gehört insbesondere die Überprüfung der **Wirksamkeit** von Schulungsmaßnahmen. Dies muss einerseits durch laufende Kontrollen der Beteiligung an Pflichtfortbildungen erfolgen. Andererseits können

dies Audits, die im Anschluss auf die Schulungen durchgeführt werden, sicherstellen. Darüber hinaus sollten Möglichkeiten für **Selbsttests** entwickelt werden – papiergestützt gab in den vergangenen Jahren sowohl Selbsttestbögen im KHBE und im SZLI als auch in Form von Lehrfilmen (KHBE) die jedoch wieder eingestellt wurden.

Eine weitere Möglichkeit der Sicherstellung der Fachlichkeit stellen **Registrierungen** dar. Was im fachärztlichen Bereich zur Erhalten der Facharztqualifikation seit Jahren selbstverständlich und obligatorisch ist, nämlich der Nachweis von Fortbildungspunkten, ist in der Berufsgruppe der Pflegenden noch fakultativ. Dieser Nachweis des Erhalts der Fachlichkeit in der Berufsgruppe Pflegenden sollte zunehmend von den Einrichtungen eingefordert werden.

- Die geprüften Einrichtungen führen zurzeit keine Listen, in denen Fähigkeiten ihrer Mitarbeitenden über deren berufliche Qualifikation hinaus benannt werden. Dabei besitzen zahlreiche Mitarbeitende Fähigkeiten, die während der Arbeit von Bedeutung sein könnten, wie etwa zusätzliche Sprachkenntnisse. Auch diese Fähigkeiten gelten als Teil der **Fachlichkeit**.

4.10 *Schwerpunktt Themen 2018*

Im kommenden Jahr steht das **Risikomanagement** im Fokus. Der **risikobasierte Ansatz** entstammt der seit 2015 geltenden DIN EN ISO 9001:2015.

Im Wesentlichen geht es darum, dass eine Einrichtung die **Eintrittswahrscheinlichkeit** seiner vordringlichen Risiken nach Durchführung geeigneter Gegenmaßnahmen jeweils neu einschätzt und bei anhaltend geringer Eintrittswahrscheinlichkeit von der Agenda nimmt. Dabei tritt nicht jeder einzelne Teilschritt eines Prozesses in den Fokus des Managements, wie es beispielsweise bei einer Gefährdungsanalyse der Fall ist, sondern übergeordnete Gesamtprozesse. Der **risikobasierte Ansatz** führt zu einer Auswahl dringlicher Risiken mit sich verändernden Eintrittswahrscheinlichkeiten. Mit Hilfe der in allen Unternehmensbeteiligungen (**UB**) etablierten Audits, Fortbildungen, Überprüfungen kann der risikobasierte Ansatz umgesetzt werden. Alle UB des DSP-Bereiches müssen diesen Ansatz 2018 zur Erhaltung des Hauptzertifikates DSP umgesetzt haben. Die Auswertung der Notfälle (s.o.) ist ein Teilaspekt dieses Ansatzes.

Ein weiterer Schwerpunkt 2018 wird in der **Stärkung der Fachlichkeit der Mitarbeitenden** liegen. Dieser Schwerpunkt umfasst einen systematischen und bewussten

Umgang mit dem Wissen, d.h. das für die Leistungserbringung erforderliche Wissen wird ermittelt, vermittelt und aufrechterhalten (**vgl. Diakonie-Siegel Pflege, in der Version 3: F 3.0 Ergänzende Anforderungen aus der DIN EN ISO 9001:2015**). Eine gezielte Fortbildungsbedarfsermittlung und -planung stehen dabei genauso im Vordergrund wie die Kompetenzanalyse und die Kontrolle der Wirksamkeit von Wissensvermittlungen (z.B. durch Selbsttests, Mitarbeitendevisiten, Registrierung® beruflich Pflegenden – **vgl. Kapitel 4.9**).

Die Umsetzung der **Pflegevisite** sowie der dazugehörigen Verfahrensanweisung werden 2018 während der Internen Revisionen in Medizin und Pflege thematisiert. Die **Modifizierung des Pflegevisitenkatalog** und der **Verfahrensanweisung** wird gemeinsam mit allen Einrichtungen im Rahmen eines Fachtages im Herbst 2017 erfolgen.

In allen Seniorenzentren und Pflegediensten bleibt die Umsetzung des Projektes „**Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation**“ weiter im Fokus. Alle Einrichtungen des DSP-Bereiches müssen bis Ende 2018 die Implementierung der **Strukturierten Informationssammlung** erfolgreich umgesetzt haben. Beispielhaft schreiten einige Einrichtungen bereits voran (SZLI, SZKÖ, PDOE).

Das elektronische Dokumentationssystem des Diakoniewerkes Bethel, das sogenannte „Medical Control Center“ (**MCC**) – wird zum einen im Bereich der **Seniorenzentren modernisiert**. Ziele des Projektes sind u.a. die Effizienzsteigerung der elektronischen Dokumentation, Stärkung und Ausbau der Fachsprache, Ermöglichung individueller Evaluationsintervalle pro Diagnose und tagesstrukturierender Maßnahme sowie die gemeinsame und übersichtliche Dokumentationsmöglichkeit aller Berufsgruppen. Zum anderen erfolgt die Fortsetzung des Projektes „**Einführung von MCC-Shiva**“ in den Rehabilitationskliniken. Der erste Teilabschnitt – Einführung der Therapieplanung - ist bereits umgesetzt.

4.11 Die Prüfergebnisse nach Schulnoten 2015 bis 2017 in der Synopse

Für einen übersichtlichen Vergleich der Einrichtungen wurden die Einzelergebnisse der Prüfkriterien zu Kategorien zusammengefasst und mittels Schulnotensystem bewertet (+ und – geben Trends an und werden rechnerisch nicht berücksichtigt).

Pos. 2017	Pos. 2015	UB/AF	Letzter Vor-Ort-Prüftermin Interne Revision	Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung (PD: nur Orientierung)			Ordnung, Sauberkeit, Hygiene			Konzepte und Standards			Pflegerisches / ärztliches / therapeutisches Management			Ergebnisqualität: (Pflege-)Zustand der BW / Pat.			Ergebnisqualität: Dokumentation			Durchschnitt (Pflegezustand doppelt gewichtet)			Letzter Vor-Ort-Prüftermin MDK	Note MDK
				15	16	17	15	16	17	15	16	17	15	16	17	15	16	17	15	16	17	15	16	17		
1.	2.	SZKÖ	19.04.-20.04.2017	1-2	1-2	1 -	1 -	1 -	1	1	1	1 -	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,1	1,1	1,0 ⬆	20.11.2016	1,0
1	2.	SZFR	08.03.-09.03.2017	1 -	1 -	1	1	1	1	2 +	2 +	1 -	1 -	1 -	1 -	1	1	1 -	1	1	1 -	1,1	1,1	1,0 ⬆	06.10.2016	1,0
1.	1.	SZOE	13.04.-14.04.2016	1	1 -	1 -	1	1 -	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1 -	1 -	1 -	1,0	1,0	1,0	20.03.2017	1,9
1	2.	RKTR	01.02. - 02.02.2017	1	1	1	1	1	1	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1	1	1	1	1-2	1-2	1 -	1,1	1,1	1,0 ⬆		k.B.
2	3.	PDOE	10.03.-11.03.2016	1	1	1	1-2	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1	1	1	2 +	1-2	1-2	1,2	1,1	1,1	13.04.2016	1,0
2.	1.	SZWI	04.02. - 05.02.2015	1 -	1 -	1 -	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,1	1,1	1,1	18.04.2017	1,0
2.	2.	SZTR	11.05.-12.05.2016	1 -	1 -	1 -	1	1	1	1-2	1-2	1-2	1	1	1	1 -	1 -	1	1-2	1 -	1 -	1,1	1,1	1,1	17.10.2016	1,1
3.	5.	PDBE	10.02.-11.02.2016	1-2	1-2	1-2	2 +	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1-2	1 -	1 -	2 +	1-2	1-2	1,5	1,2	1,2	31.03.2017	1,1
3.	2.	SZMÜ	31.05. - 01.06.2017	1	1	1	1 -	1 -	1 -	2	2	2	1 -	1 -	1-2	1 -		1	1 -	1 -	1 -	1,1	1,1	1,2 ⬇	06.10.2016	1,1
4.	4.	SZWE	17.03.-18.03.2015	1	1	1	1	1	1	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1	1	1	2 +	2 +	2 +	1,3	1,3	1,3	21.02.2017	1,0
4.	4.	PDWE	19.03. - 20.03.2015	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1-2	1-2	1-2	1 -	1 -	1 -	1-2	1-2	1-2	1,3	1,3	1,3	22.04.2016	1,3
5.	6.	KHBE	29.03.-30.03.2017	1-2	1-2	3	1-2	1-2	1-2	2-3	2-3	2-3	2 -	2 -	1-2	1 -	1 -	1 -	1-2	1-2	1 -	1,6	1,6	1,6 =		k.B.
6.	7.	RKWE	12.05. - 13.05.2015	1-2	1-2	1-2	1	1	1	3-4	3-4	3-4	2 +	2 +	2 +	1	1	1	2 +	2 +	2 +	1,7	1,7	1,7		k.B.

Legende:

Hellgraue Felder → Noten der Internen Revision, die in hellgrau hinterlegten Feldern stehen, wurden jeweils aus den Vorjahren übernommen.

Rote Spalten → Die Aktualität der Benotungen aus Interner Revision und MDK ist den Spalten "Letzter Vor-Ort-Prüftermin" zu entnehmen.

5 Managementbewertungen im Überblick⁴

5.1 Patienten- / Bewohnerorientierung

5.1.1 Kennzahlen der Patienten- / Bewohnerorientierung

Hohe Kapazitätsauslastung

Beschreibung Krankenhaus: Basisgröße für die Auslastung im Krankenhaus ist der sogenannte Case Mix, der die Summe aller Relativgewichte (Schweregrade) der behandelten Krankenhausesfälle darstellt und damit die Produktionsmenge und indirekt auch den Ressourcenaufwand abbildet.

Beschreibung Rehaklinik (RK) / Seniorenzentrum (SZ) / Seniorenhaus (SH): Basisgröße in der RK / im SZ und den SH sind die Berechnungstage, die sich aus der Anzahl der Betten und der möglichen Auslastung ergeben.

Die Kennzahl wird nicht auf die Pflegedienste angewandt.

Der **Referenzwert** für das KHBE beträgt 100%, der für die Reha-Klinik 75% und für Seniorenzentren 98%.

	1. Quartal: Hohe Kapazitätsauslastung - erbrachte / mögliche Berechnungstage	2. Quartal: Hohe Kapazitätsauslastung - erbrachte / mögliche Berechnungstage	3. Quartal: Hohe Kapazitätsauslastung - erbrachte / mögliche Berechnungstage	4. Quartal: Hohe Kapazitätsauslastung - erbrachte / mögliche Berechnungstage	Gesamtjahr
SZKÖ	98,2%	98,2%	94,7%	95,9%	96,8%
SZFR	97,3%	99,8%	100,8%	99,4%	99,4%
SZOE	94,3%	95,4%	95,3%	94,4%	94,9%
SZWI	83,9%	83,9%	88,5%	89,9%	86,6%
SZWE	100,3%	99,3%	98,9%	98,3%	99,2%
SZTR	103,0%	100,7%	105,7%	105,7%	103,8%
SZMÜ	98,9%	98,6%	98,7%	97,8%	98,5%
KHBE	110,2%	109,2%	112,5%	112,5%	111,1%
RKWE	98,3%	97,1%	99,9%	98,3%	98,4%
RKTR	103,3%	110,2%	116,6%	116,6%	111,7%

⁴ Die Daten der Übersichtstabellen sind den aktuellen Managementbewertungen der Einrichtungen entnommen, die jeweils zum 31.12. eines Jahres erstellt werden und das **Vorjahr** abbilden.

Kontrollierte Fallschwere

Beschreibung Krankenhaus: Die Fallschwere ist ein von der Auslastung unabhängiges Maß für die Intensität, mit der die Kapazitäten genutzt werden. Die Reha-Kliniken werden bei dieser Kennzahl nicht integriert, da sich dort ohne erheblichen Zusatzaufwand (z.B. Erfassung und gewichtete Verrechnung der Arbeitsstunden der Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten) kein Maß bilden lässt. Für Krankenhäuser gibt der Case-Mix-Index die durchschnittliche Fallschwere einer definierten Patientengruppe wieder.

Beschreibung Seniorenzentrum: Für Seniorenzentren wird ein Maß integriert, bei dem die Leistungsstunden in Verhältnis zu der Zahl der Leistungsempfänger gesetzt werden. So kann verfolgt werden, wie viele Stunden im Intervall durchschnittlich auf einen Empfänger entfallen.

Ein **Referenzwert** wurde nicht festgelegt und wird sich aus dem Vergleich der Einrichtungen im Verlauf entwickeln.

	1. Quartal: Kontrollierte Fallschwere, Pflegestufenentwicklung - vereinbarte Leistungsstunden / Anzahl Leistungsempfänger	2. Quartal: Kontrollierte Fallschwere, Pflegestufenentwicklung - vereinbarte Leistungsstunden / Anzahl Leistungsempfänger	3. Quartal: Kontrollierte Fallschwere, Pflegestufenentwicklung - vereinbarte Leistungsstunden / Anzahl Leistungsempfänger	4. Quartal: Kontrollierte Fallschwere, Pflegestufenentwicklung - vereinbarte Leistungsstunden / Anzahl Leistungsempfänger	Gesamt
SZKÖ	53,89 Std.	54,13 Std.	53,21 Std.	53,45 Std.	53,67 Std.
SZFR	58,29 Std.	59,15 Std.	58,74 Std.	58,68 Std.	58,72 Std.
SZOE	55,63 Std.	55,94 Std.	59,90 Std.	56,63 Std.	57,03 Std.
SZWI	57,19 Std.	57,19 Std.	61,59 Std.	57,71 Std.	58,42 Std.
SZWE	63,52 Std.	63,11 Std.	62,98 Std.	61,60 Std.	62,80 Std.
SZTR	69,30 Std.	69,68 Std.	66,71 Std.	69,58 Std.	68,82 Std.
SZMÜ	66,31 Std.	67,47 Std.	68,68 Std.	67,77 Std.	67,56 Std.

KHBE	1,24 CMI	1,30 CMI	1,34 CMI	1,34 CMI	1,30 CMI
RKWE	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
RKTR	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.

5.1.2 Patienten- / Bewohnerbefragung

Eine Kennzahl zur Einschätzung der Leistungsempfänger in das Kennzahlensystem zu integrieren bedeutet, den Anspruch einer patienten- bzw. bewohnerzentrierten Versorgung ernst zu nehmen. Die Kennzahl besteht aus der Durchschnittsnote der letzten Patienten-, Bewohner- und Angehörigenbefragung.

Die Befragung findet jährlich statt – die Anonymität soll hierbei sichergestellt werden, was nicht in allen Fällen gewährleistet werden kann, wenn beispielsweise Mitarbeitende beim Ausfüllen der Fragebögen behilflich assistieren müssen oder Fragebögen

im ambulanten Bereich direkt von den Patienten an die Mitarbeitenden weitergereicht werden.

Der **Referenzwert** für die Schulnoten beträgt 2,0.

	Konzernweit – Durchschnittsnote
SZKÖ	1,8
SZFR	1,9
SZOE	2,0
SZWI	2,1
SZWE	1,9
SZTR	1,9
SZMÜ	2,3

KHBE	1,8
RKWE	2,0
RKTR	2,0

PDBE	1,9
PDOE	1,8
PDWE	1,8

5.1.3 Visiteregebnisse

Durchführung Pflegevisiten

Grundsätzlich werden Pflegevisiten von Führungskräften sowohl der zweiten und dritten Ebene durchgeführt, also Pflegedienstleitungen, Wohnbereichs- bzw. Stationsleitungen als auch von Qualitätsbeauftragten. Neben Visiten im eigenen Bereich - die zur Einschätzung der Leistungen der Mitarbeitenden dienen - müssen die Visitierenden auch Patienten / Bewohner begutachten, die von anderen Bereichen versorgt werden. Das Verhältnis sollte mindestens 50:50 betragen (Prinzip: Audits / Visiten sollten immer von bereichsfernen Auditoren durchgeführt werden), muss im Visitenjahresplan ausgewiesen und auf Nachfrage (Interne Revisionen) vorgelegt und erläutert werden können.

Jeder Bewohner / Patient wird einmal pro Jahr auf Grundlage des Pflegevisitengesamtkataloges visitiert (ambulant: ausschließlich Patienten des SGB XI-Bereiches) - inklusive der fakultativen Visiten nach MDK-Katalog, die im Rahmen des Diakoniesiegels Pflege durchgeführt werden. Für die Reha-Kliniken werden 10% der Anzahl versorgter Patienten pro Jahr für die Planung der Pflegevisiten zugrunde gelegt, für

das KHBE werden zwei Visiten monatlich pro Station geplant und durchgeführt. Weichen Planzahl und Ist-Zahl stark voneinander ab, können Führungsprobleme vermutet werden, die in der Folge die Gesamtqualität negativ beeinflussen.

Der **Referenzwert** von geplanten und durchgeführten Pflegevisiten beträgt 100%.

	1. Quartal: Anzahl geplanter / durchgeführter Pflegevisiten	2. Quartal: Anzahl geplanter / durchgeführter Pflegevisiten	3. Quartal: Anzahl geplanter / durchgeführter Pflegevisiten	4. Quartal: Anzahl geplanter / durchgeführter Pflegevisiten
SZKÖ	81,63%	91,84%	97,96%	87,76%
SZFR	108,00%	108,00%	112,00%	128,00%
SZOE		91,43%		100,88%
SZWI	124,00%	124,00%	100,00%	120,00%
SZWE	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
SZTR	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
SZMÜ	72,41%	64,29%	63,22%	300,00%
KHBE	98,04%	119,61%	93,86%	93,86%
RKWE	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
RKTR	105,26%	105,26%	100,00%	100,00%
PDBE	101,64%	137,70%	49,18%	75,41%
PDOE	100,00%	100,00%	100,00%	58,82%
PDWE	45,83%	95,83%	100,00%	116,67%

Verbesserungspotenziale Integrations- und Pflegevisiten

Integrationsvisiten werden bei jedem Neueingezogenen (ambulant: Neuübernommenen des SGB XI-Bereiches) nach sechs Wochen durchgeführt. Von Integrationsvisiten werden Personen der Kurzzeitpflege, des Probewohnens und der Verhinderungspflege sowie Patienten der Reha-Kliniken und des Krankenhauses ausgenommen.

Verbesserungspotenziale werden durch den Mittelwert des Erfüllungsgrades aller geprüften Kriterien des Pflegevisitenkataloges ausgedrückt: Werden alle Kriterien der Pflegevisitenkataloge zu mindestens 80% erfüllt, lautet die Gesamtbewertung ‚Gut‘, zwischen 50% und 80% lautet die Bewertung ‚Verbesserungspotenzial‘ (VP), unter 50% sind die Anforderungen nicht erfüllt („nein“).

	Integrationsvisite	Pflegevisiten
SZKÖ	Gut	Gut
SZFR	Gut	Gut
SZOE	VP	VP
SZWI	Gut	Gut
SZWE	Gut	Gut
SZTR	Gut	Gut
SZMÜ	Gut	Gut

KHBE	t.n.Z.	Gut
RKWE	t.n.Z.	Gut
RKTR	t.n.Z.	Gut

PDBE	Gut	Gut
PDOE	Gut	Gut
PDWE	Gut	Gut

Audits nach Nationalen Expertenstandards

Jede Einrichtung muss mindestens zwei **Audits nach Nationalen Expertenstandards** pro Jahr durchführen. Der **Umsetzungsgrad (Patienten- / Bewohneraudit)** muss zwei Jahre nach Implementierung des jeweils geprüften Standards 90% betragen, bei der **Personalbefragung** bedeutet ein niedriger Wert wenig oder - bei einem 0%-Wert - keinen Schulungsbedarf seitens des Personals zum Thema des geprüften Standards.

	1. Audit eines Nationalen Expertenstandards	Umsetzungsgrad Patienten- / Bewohner- audit	Umsetzungsgrad Personalbe- fragung	2. Audit eines Nationalen Expertenstandards	Umsetzungsgrad Patienten- / Bewohner- audit	Umsetzungsgrad Personalbe- fragung
SZKÖ	Schmerzmanagement - Akutschmerz	90%	20%	Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	92%	19%
SZFR	Ernährungsmanagement	95%	30%	Dekubitusprophylaxe	98%	16%
SZOE	Schmerzmanagement - Chronischer Schmerz	91%	16%	Förderung der Harnkontinenz in der Pflege	95%	24%
SZWI	Schmerzmanagement - Chronischer Schmerz	97%	14%	Sturzprophylaxe	91%	32%
SZWE	Ernährungsmanagement	96%	66%	Schmerzmanagement - Akutschmerz	98%	55%
SZTR	Ernährungsmanagement	92%	19%	Förderung der Harnkontinenz in der Pflege	90%	90%
SZMÜ	Schmerzmanagement - Akutschmerz	64%	60%	Ernährungsmanagement	71%	37%

	1. Audit eines Nationalen Exertenstandards	Umsetzungs- grad Patienten- / Bewohner- audit	Umsetzungs- grad Personalbe- fragung	2. Audit eines Nationalen Exertenstandards	Umsetzungs- grad Patienten- / Bewohner- audit	Umsetzungs- grad Personalbe- fragung
KHBE	Dekubitusprophylaxe	87%	60%	Ernährungsmanagement	68%	51%
RKWE	Schmerzmanagement	97%	31%	Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	76%	44%
RKTR	Sturzprophylaxe in der Pflege	97%	12%	Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	97%	18%
PDBE	Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	79%	35%	Schmerzmanagement - Chronischer Schmerz	73%	20%
PDOE	Schmerzmanagement - Chronischer Schmerz	92%	17%	Sturzprophylaxe	100%	25%
PDWE	Schmerzmanagement - Chronischer Schmerz	61%	38%	Dekubitusprophylaxe	82%	10%

Fokussierte Visiten

Fokussierte Visiten werden mindestens zweimal pro Jahr durchgeführt. Die Visite fokussiert dabei auf jeweils einem Aspekt, der im Rahmen einer Zufallsstichprobe pro Bewohner / Patienten bzw. seinen Akten in Augenschein genommen wird. Das jeweilige Kriterium (z.B. Mundstatus: Gut gepflegter Mund) kann nur erfüllt oder nicht erfüllt sein. Der Erfüllungsgrad wird in % angegeben.

	1. Fokussierte Visite (Thema)	Umsetzungsgrad in %	2. Fokussierte Visite (Thema)	Umsetzungsgrad in %
SZKÖ	Med.blätter	97%	Übögen	93%
SZFR	Sauberkeit Bewohnerzimmer	84%	chronische Wunden	99%
SZOE	Verlaufsbericht	53%	Bedarfsmedikation	57%
SZWI	Medikamente	79%	*	0%
SZWE	Freiheitsentziehende Maßnahmen	75%	Thrombosegefahr	82%
SZTR	Kleidung	100%	Hautzustand allgemein	100%
SZMÜ	Mundgesundheit	100%	Haarpflege	100%
KHBE	Überleitungsmanagem ent	96%	Mundstatus	90%
RKWE	Bilanz	91%	Schmerz	94%
RKTR	Körperpflege	100%	Haarpflege	100%

5.1.4 Erstkontakt / Erstgespräch / Aufnahmen

Aus dem Verhältnis der Kontakte, Gespräche und Aufnahmen können die Einrichtungen Aufwand und Erfolg ermessen. Gegebenenfalls lässt sich auf vorhandene Verbesserungspotenziale schließen, wenn beispielsweise zwischen Aufwand (Erstkontakte,

Erstgespräche) und Erfolg (Aufnahmen, Pflegeübernahmen) große Differenzen ersichtlich sind.

	Erstkontakt	Erstgespräche	Aufnahmen
SZKÖ	242	154	60
SZFR	325	79	41
SZOE	0	433	364
SZWI	248	74	217
SZWE	368	315	166
SZTR	1014	285	285
SZMÜ	480	298	121

PDBE	388	282	282
PDOE	0	87	57
PDWE	152	124	124

5.1.5 Pflegeaufwendige Patienten- / Bewohnergruppen zum Stichtag 31. Dezember

Die Übersicht verdeutlicht die Nachfrage der Leistungsempfänger an behandlungspflegerischen Maßnahmen im Überblick.

	Wachkoma	Beatmungspflichtiger Bewohner / Patient	Dekubitus	Blasenkatheter	PEG-Sonde	Fixierung	Kontraktur
SZKÖ	0	0	10	6	3	3	39
SZFR	0	0	4	4	0	11	15
SZOE	0	0	3	26	6	7	26
SZWI	0	0	7	4	1	5	23
SZWE	0	0	1	8	2	12	22
SZTR	0	0	2	9	3	3	7
SZMÜ	0	0	5	12	1	12	36

	Wachkoma	Beatmungspflichtiger Bewohner / Patient	Dekubitus	Blasenkatheter	PEG-Sonde	Fixierung	Kontraktur
PDBE	0	0	2	7	1	0	12
PDOE	0	0	1	5	0	0	22
PDWE	0	1	2	6	2	3	31

	Vollständige Immobilität	Tracheostoma	MRSA	Diabetes Mellitus
SZKÖ	9	0	3	56
SZFR	7	0	0	32
SZOE	11	0	4	28
SZWI	4	0	1	17
SZWE	2	0	0	10
SZTR	0	0	0	0
SZMÜ	14	0	2	26

PDBE	10	0	2	49
PDOE	0	0	2	14
PDWE	0	0	0	24

Pflegeaufwendige Patienten- / Bewohnergruppen zum Stichtag

Die Übersicht lässt Rückschlüsse auf das im Rahmen der Nationalen Expertenstandards entwickelte Risikomanagement zu:

- **Niedrige Fehlerquote: Dekubitusinzidenz** – in die konzernweite und quartalsweise ermittelte Kennzahl fließen Bewohner / Patienten ein, die im Verlauf ihres Aufenthaltes in den Einrichtungen Druckgeschwüre, Grad 2, erworben haben.
- In den **weiteren Kriterien** wird die Anzahl der Bewohner / Patienten mit pflegerischen Risiken dargestellt.
- Der **Sturzindex** soll möglichst niedrig sein. Sturzursachen müssen nach Stürzen regelmäßig ermittelt werden. Der Index lässt einen Schluss auf die Wirksamkeit der Sturzprävention in den Einrichtungen zu. Der Referenzwert wird zur Zeit nach dem Sturzindex einer Langzeitstudie ausgerichtet: grün hinterlegt sind alle Werte, die unter 8,5, gelb alle Werte die über einem Index von 8,5 liegen⁵.

Der ambulante Bereich stellt bezüglich der Bewertung der beschriebenen Kriterien eine Ausnahme dar: Häufig sind die Pflegefachkräfte nicht selbstständig in der Lage, die Versorgungsprozesse zu steuern und rechtzeitig auf Risiken zu reagieren. Patienten, Angehörige, Hausärzte und die Kranken- bzw. Pflegekassen sowie Sozialämter entscheiden beispielsweise darüber, ob und wann erforderliche Hilfsmittel zum Einsatz kommen oder nicht bzw. wie umfangreich die Pflege erbracht wird. Deshalb kann es vorkommen, dass trotz hohen Dekubitusrisikos erst **nach** Auftreten eines Dekubitus geeignete Hilfsmittel beantragt oder bewilligt werden, bzw. Leistungen mit dem Pflegedienst vereinbart werden.

⁵ Dassen, Theo et al. (2011): Gesundheitsbezogene Lebensqualität in Pflegeheimen. Längsschnittstudie – erste Ergebnisse, Herbst 2011. Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaften, Charité.

	Dekubitusinzidenz	Bewohner / Patienten mit Schmerzen	Ernährungsauf- fälligkeiten	Chronische Wunden	Kontinenz- probleme	Sturzindex
SZKÖ	0,46%	26	10	13	116	4,95
SZFR	0,33%	40	13	7	65	7,86
SZOE	0,66%	72	27	6	162	4,91
SZWI	0,58%	36	8	4	79	6,12
SZWE	0,07%	38	9	7	89	5,91
SZTR	0,09%	7	26	3	78	4,74
SZMÜ	0,66%	51	27	9	92	4,82
KHBE	0,50%	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	4,75
RKWE	0,16%	31	2	0	27	13,32
RKTR	0,00%	31	2	0	27	13,36
PDBE	0,28%	23	5	12	57	t.n.z.
PDOE	0,12%	16	1	2	23	t.n.z.
PDWE	0,17%	21	1	6	28	t.n.z.

Ausgewählte diagnosebezogene Fallgruppen – sogenannte Diagnosis Related Groups (DRG) - im Krankenhaus Bethel Berlin (KHBE)

Die Übersicht zeigt die häufigsten Operationen im KHBE im Vergleich zum Berliner Landesdurchschnitt in Verbindung mit Komplikationsraten, wie sie zum Zwecke des Qualitätsvergleiches vom **AQUA-Institut** bundes- und landesweit gesammelt, ausgewertet und anonymisiert veröffentlicht werden⁶:

N.N. – die ausgewählten Indikatoren sind 2016 vom AQUA-Institut nicht mehr erhoben worden. Im nächsten Qualitätsbericht werden hier die neuen Indikatoren dargestellt.

- **Cholezystektomie** – Anzahl – Dauer – postoperative Wundinfektionen – Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen (eigene Daten im Vergleich mit Berliner Krankenhäusern)
- **Kniegelenks-Totalendoprothesen (Erstimplantation)** - Anzahl – Dauer – postoperative Wundinfektionen – Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen (eigene Daten im Vergleich mit Berliner Krankenhäusern)
- **Hüft-Endoprothesen (Erstimplantation)** Anzahl – Dauer – postoperative Wundinfektion – Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen (eigene Daten im Vergleich mit Berliner Krankenhäusern)
- **Generalindikator Dekubitus** (eigene Inzidenz / Berliner Durchschnitt)

Eingangs- und Outcome-Daten der Reha-Kliniken (RK) – eigene Patientengruppen (Diagnosen) gegenüber dem Landesdurchschnitt in Prozent

⁶AQUA (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH) (2014): Qualitätsreport 2013. Im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Die Übersicht zeigt die häufigsten Patientengruppen der RK im Vergleich zum Landesdurchschnitt und ausgewählte Outcome-Daten (Ergebnisse) der RK im Vergleich zum Landesdurchschnitt⁷:

- **Anteil eigener Patientengruppen** (Diagnosen) gegenüber dem **Landesdurchschnitt** in Prozent eintragen, **Differenz** pro Patientengruppe
- **Barthel-Index: Eingang-Ausgang**: eigene Patienten gegenüber dem Landesdurchschnitt in Punkten gemäß Barthel-Index, **Differenz** zwischen eigenen Daten und Landesdurchschnitt
- **Entlassung** wohin (Wohnung, Seniorenzentrum usw.) in Prozent, **Differenz** zwischen eigenen Daten und Landesdurchschnitt

	Erkrankungen des Bewegungsapparates	Frakturen (ohne Femurfraktur)	Femurfraktur	Apoplex	Neurologische Erkrankungen	Herzkrankheiten	Diabetesfolgen	Verzögerte Rekonvaleszenz	Sonstiges
RKWE	14%	8%	25%	11%	4%	8%	7%	20%	10%
Land BW	24%	8%	23%	9%	5%	11%	1%	9%	14%
Differenz	-10%	0%	5%	0%	-1%	-3%	6%	11%	4%
RKTR	6%	2%	44%	16%	6%	11%	1%	1%	12%
Land BW	24%	8%	20%	9%	5%	11%	1%	9%	14%
Differenz	17%	6%	24%	7%	1%	1%	7%	-7%	2%

	Barthel-Index Eingang in Punkten	Barthel-Index Ausgang in Punkten	Barthel-Index Zuwachs in Punkten	Entlassung: Wohnung in %	Entlassung: Seniorenzentrum in %	Entlassung: Akutklinik in %	Entlassung: Tod in %	Entlassung: Reha-Klinik in %
RKWE	45	80	35	77%	10%	13%	0%	0%
Land BW	55	80	25	80%	9%	11%	0%	0%
Differenz	-10	0	10	-3%	-1%	4%	0%	0%
RKTR	1	1	0	79%	11%	11%	0%	0%
Land BW	1	1	0	80%	9%	11%	0%	0%
Differenz	0	0	0	-1%	1%	-1%	0%	0%

5.2 Beschäftigtenorientierung

5.2.1 Kennzahlen der Beschäftigtenorientierung

Qualifizierte und motivierte Mitarbeitende gehören zu den ‚Erfolgsgaranten‘ guter Qualitätsarbeit und des Unternehmenserfolges. Die folgenden Kennzahlen sollen Rückschlüsse auf das Personalentwicklungsmanagement der Einrichtungen ermöglichen.

- **Ausreichende Weiterbildungsquote**: Weiterbildung stellt eine Investition in die Mitarbeitenden dar, der geeignet ist, berufliche Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten zu erhalten, zu erweitern, der technischen Entwicklung anzupassen oder einen beruflichen Aufstieg zu ermöglichen. Der **Referenzwert** liegt bei 1%.

⁷ Gemäß KODAS (Kollektiver Datensatz der Reha-Kliniken in Baden-Württemberg): Die Daten werden in allen teilnehmenden Reha-Kliniken über drei Monate im Jahr gesammelt und ausgewertet. Ergebnisse werden den teilnehmenden Reha-Kliniken in anonymisierter Form mitgeteilt.

- Die **Beschäftigtenzufriedenheit** wird im Rahmen der jährlichen anonymen Befragung ermittelt. Der **Referenzwert** ist die Schulnote 2,0.
- **Keine unerwünschte Fluktuation:** Ab Einführung eines Mitarbeitenden werden Investitionen getätigt, die bei seinem Ausscheiden verloren gehen. Eine hohe Fluktuation hat negative Auswirkungen auf die Kontinuität der Leistungserbringung, die Prozessqualität und die Teamentwicklung. Insbesondere eine hohe Anfangsfluktuation ist ein Zeichen dafür, dass Mitarbeitenden mit Strukturen, Führung oder Betriebsklima unzufrieden sind. Der **Referenzwert** beträgt 0%.
- **Wenig Kurzzeiterkrankungen:** Krankheiten sind die häufigste Ursache für Fehlzeiten. Sie haben erhebliche Auswirkungen auf die Produktivität, verursachen Kosten, beeinträchtigen die Wettbewerbsfähigkeit und können Ausdruck der Unzufriedenheit der Mitarbeitenden sein. Der **Referenzwert** ist der von der AOK errechnete Wert von 53 Krankheitsfällen auf 100 Mitarbeitende (Stand 2013).

	Ausreichende Weiterbildungsquote	Hohe Beschäftigtenzufriedenheit	Keine unerwünschte Fluktuation	Wenig Kurzzeiterkrankungen*
SZKÖ	0,8%	2,0	2,9%	16,7
SZFR	1,6%	1,9	4,4%	31,9
SZOE	1,5%	2,4	6,2%	53,6
SZWI	3,1%	2,3	3,8%	81,6
SZWE	1,2%	2,4	0,0%	63,3
SZTR	1,3%	1,8	0,0%	24,9
SZMÜ	1,6%	1,9	16,1%	65,7
KHBE	1,0%	2,5	1,6%	179,3
RKWE	1,0%	2,4	0,0%	46,4
RKTR	0,8%	1,9	5,0%	77,7
PDBE	1,0%	2,2	15,4%	61,5
PDOE	1,6%	1,5	8,0%	12,5
PDWE	1,0%	2,4	6,0%	34,4

* AOK (2013): 53 Fälle a

5.2.2 Mitarbeitendegespräche

Zur Festlegung von persönlichen Zielen, der Kommunikation gegenseitiger Erwartungen und Anforderungen sowie der gezielten Förderung von Mitarbeitenden stellen Mitarbeitendegespräche ein wichtiges Instrument der Personalentwicklung dar. Die Daten erlauben einen Rückschluss auf die Nutzung des Instruments im Vergleich.

	Quotient tatsächliche Anzahl / geplante MG
SZKÖ	82,86%
SZFR	91,07%
SZOE	75,91%
SZWI	100,00%
SZWE	118,52%
SZTR	53,49%
SZMÜ	50,00%

KHBE	57,59%
RKWE	107,50%
RKTR	42,86%

PDBE	43,84%
PDOE	54,55%
PDWE	88,00%

5.3 Sicherheit

5.3.1 Arbeitsschutz

Die Gesundheit der Mitarbeitenden ist unerlässliche Voraussetzung für die Personaleinsatzplanung. Gesundheitsbeeinträchtigungen gilt es durch geeignete Maßnahmen zu eliminieren. Die Anzahl der Arbeitsunfälle gibt einen Einblick in die Arbeit der Arbeitssicherheitsausschüsse der Einrichtungen.

	Anzahl der Arbeitsunfälle
SZKÖ	14
SZFR	19
SZOE	5
SZWI	2
SZWE	3
SZTR	6
SZMÜ	10

KHBE	17
RKWE	5
RKTR	5

PDBE	19
PDOE	0
PDWE	3

5.3.2 Hygiene

Audits jeglicher Art sind ein unerlässliches Instrument zur Überprüfung des Ist-Standes in den Einrichtungen. Hygieneaudits überprüfen den Umsetzungsgrad der Richtlinien seitens der Mitarbeitenden und externen Dienstleister. Der Überblick gibt eine Rückmeldung über die Intensität des Hygienemanagements im Vergleich.

	Anzahl der Hygieneaudits
SZKÖ	2
SZFR	64
SZOE	14
SZWI	2
SZWE	24
SZTR	3
SZMÜ	10

KHBE	99
RKWE	12
RKTR	4

PDBE	3
PDOE	6
PDWE	23

5.3.3 Lieferantenbewertung

Alle Verantwortlichen, die mit Kooperationspartnern oder Lieferanten zusammenarbeiten, sollen regelmäßig – mindestens aber einmal jährlich – die Lieferanten nach festgelegten Kriterien bewerten. Schlechte Bewertungen führen zu Gesprächen mit den Lieferanten. Bleiben diese ohne Erfolg, wechseln die Einrichtungen den Geschäftspartner.

Der Wert stellt den Mittelwert aller durchgeführten Lieferantenbewertungen dar und zeigt, ob Einrichtungen Gesprächsbedarfe mit ihren Lieferanten haben.

	Zusammenfassung: Gesamtbewertung aller Lieferanten
SZKÖ	1
SZFR	2
SZOE	1
SZWI	2
SZWE	2
SZTR	2
SZMÜ	2

KHBE	2
RKWE	2
RKTR	2

PDBE	1
PDOE	1
PDWE	2

5.4 Qualitätsmanagement

5.4.1 Fehlermanagement

Die systematische Sammlung von Fehlern sowie deren Bewertung stellt – neben den Audits – das wichtigste Instrument des Qualitätsmanagement dar. Aufgrund der Ursachenanalysen kann systematischen Fehlern wirksam vorgebeugt werden.

	Fehleranzahl gesamt	Davon zufällig	Davon systematisch
SZKÖ	41	33	7
SZFR	100	96	4
SZOE	89	34	55
SZWI	58	58	0
SZWE	636	8	628
SZTR	99	47	52
SZMÜ	145	124	21

KHBE	11	1	10
RKWE	208	8	4
RKTR	128	48	73

PDBE	133	131	2
PDOE	25	22	3
PDWE	12	9	3

5.4.2 Beschwerdemanagement

Beschwerden von Bewohnern, Patienten und Angehörigen können auf systematische Fehler hinweisen, die andernfalls unentdeckt geblieben wären. In diesem Sinne sind

Beschwerden wichtig für die Qualitätsarbeit und müssen ‚gefördert‘ werden. Das heißt, dass Bewohner / Patienten / Angehörige keine Scheu haben dürfen, ‚zu petzen‘, sondern ermutigt werden, konstruktiv Kritik zu üben. Die Übersicht zeigt, wie gut dies in den einzelnen Einrichtungen gelungen ist.

	Anzahl der Beschwerden
SZKÖ	26
SZFR	11
SZOE	34
SZWI	23
SZWE	15
SZTR	4
SZMÜ	26

KHBE	75
RKWE	51
RKTR	62

PDBE	19
PDOE	10
PDWE	13

6 Zusammenfassung

2003 wurden die Internen Revisionen in Medizin und Pflege (**IR**) eingeführt und jährlich wiederholt. Alle Einrichtungen haben seitdem ein stabiles und seit Jahren hohes Qualitätsniveau erreicht und bestätigen dies durch erfolgreiche Zertifizierungen nach „Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen“ (**KTQ**) und dem „Diakonie-Siegel Pflege“ (**DSP**) sowie im Zuge der Begehungen der Heimaufsicht (**HA**) oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen (**MDK**). Seit 2013 wird jede Einrichtung anstatt jährlich nur noch alle drei Jahre – jeweils im Vorjahr ihrer Rezertifizierung – im Rahmen einer IR geprüft (**vgl. Kapitel 1 und 3**).

Die Bewertungen der IR und des MDK verdeutlichen, dass die Einrichtungen auch weiterhin den Anforderungen der Pflegekassen bzw. des Gesetzgebers im Wesentlichen gewachsen sind – nur ausnahmsweise kommt es zeitweise zu größeren Unterschieden, die sich jedoch erklären lassen und nicht mit systematischen fehlerhaften Abweichungen assoziiert werden können (**siehe Kapitel 4.11 und Anlage 3, Gegenüberstellung der Bewertungen**).

Die Übersicht der Prüfergebnisse nach Schulnoten 2015 bis 2017 zeigt aktuell, dass Veränderungen über die Jahre nur graduell stattgefunden haben – im Positiven wie im Negativen (**siehe Kapitel 4.11**).

2017 wurden die Seniorenzentren SZOE, SZTR und die Pflegedienste PDBE und PDOE nach **DSP rezertifiziert**.

Die **Prüfeschwerpunkte 2017** wurden in allen im Rahmen der Internen Revisionen und Rezertifizierungen begangenen Einrichtungen behandelt. Exemplarisch sei die Umsetzung des **diakonischen Profils** erwähnt, wo festgestellt werden kann, dass es in allen Einrichtungen mit Engagement umgesetzt wird. Verbesserungspotentiale gab es in den besuchten Einrichtungen dagegen nur wenige (**siehe Kapitel 4.9**).

Im kommenden Jahr werden wiederum Schwerpunktthemen behandelt. Zum Einen bekannte Themen, bei denen die Umsetzung noch nicht durchgehend erfolgt ist, wie zum Beispiel die Auswertung der Notfälle und zum Anderen werden neue Themen aufgenommen, wie bspw. das Risikomanagement, die Stärkung der Fachlichkeit und die Einführung der Strukturierten Informationssammlung (SIS).

Die **Managementbewertungen** sind in allen UB vollständig erstellt worden. Teilweise könnte der Schwerpunkt noch stärker auf die **Bewertung** anstatt der Beschreibung der Ergebnisse gelegt werden.

Bei der **Durchführung der Pflegevisiten** gibt es hinsichtlich der **Erreichungsgrade** Schwankungen innerhalb des Konzerns und der Quartale (**Kapitel 5.1.3**). Das Instrument der Pflegevisite sollte konsequent und selbstkritisch zum Einsatz kommen, wie im Rahmen der Begutachtung zur Systemförderung festgestellt wurde. Während der Visiten erfolgte Korrekturen dürfen nicht zu einem regelmäßigen Erfüllungsgrad von 100% führen (**SZTR - siehe 1. Begutachtung zur Systemförderung Juni /2017, Seite 6**). Darüber hinaus verliert die Pflegevisite ihre Wirksamkeit, wenn Verbesserungsmaßnahmen sofort von den Visitoren abgestellt und nicht mit den Bezugspflegekräften gemeinsam thematisiert werden (**PDBE - siehe ebd., Seite 8**). Konzernweit erfolgte bereits 2017 eine Umfrage bezüglich des Bedarfs einer Modifizierung der Pflegevisitenkataloge und betheteinheitlichen Verfahrensvorgabe. Aufgrund der Rückmeldungen wird es 2017 einen Fachtag zur Thematik geben mit dem Ziel, mit einem gemeinsamen Katalog 2018 Pflegevisiten durchführen zu können.

Einige Referenzwerte – hier beispielsweise: Benotung der Einrichtungen durch ihre Bewohner und Patienten – werden konzernweit fast überall erreicht (**siehe Kapitel 5.1.2**).

Bei der **Weiterbildungsquote**, die konzernweit durchschnittlich bei 1% liegt, liegen zwei Einrichtungen darunter, sechs leicht und eine deutlich mit 3,1% darüber (**siehe Kapitel 5.2.1**).

Sieben der 13 Einrichtungen werden von ihren Mitarbeitenden mit einer **Schulnote** schlechter als 2,0 **bewertet**, was einer negativen Tendenz entspricht. Der Referenzwert der **unerwünschten Fluktuation** wird nur in drei Einrichtungen erreicht (**ebd.**). Auch 2017 gelingt es den Einrichtungen überwiegend nicht – hier: zehn von 13 – die **Mitarbeitendengespräche** im geplanten Umfang durchzuführen (**siehe Kapitel 5.2.2**). In diesen und weiteren Fällen müssen die Einrichtungsleitungen im nächsten Jahr zeigen, mit welchen Maßnahmen sie gegensteuern konnten.

In der Kategorie „**Bauliches, Wohnliches, Orientierung**“ gibt es auch in diesem Jahr keine gravierenden Mängel, da alle Einrichtung regelmäßig Maßnahmen zur Instandhaltung ergreifen (**siehe Kapitel 4.1**). So laden zum Beispiel die Sitzecken und die Cafeteria im SZTR und RKTR zum Verweilen ein. Kunstausstellung in den Einrichtungen locken die Bewohner zum Verweilen und Betrachten (SZFR, SZKÖ). Auch die Gärten der Einrichtungen vermitteln eine angenehme und wohnliche Atmosphäre. Sie werden durch neue Ideen ergänzt, exemplarisch sei hier der neu angelegte Bibelgarten des SZOE genannt (**vgl. Anlage 2, Folien 4 ff**). Im KHBE sind die Notaufnahme, die Intensivstation und Aufenthaltsräume neu gestaltet worden und vermitteln einen präsentablen Eindruck.

Es fällt auf, wenn Einrichtungen des Diakoniewerkes Bethel bezüglich ihres Erscheinungsbildes vom gewohnten Standard abweichen. Dies betrifft beispielsweise das KHBE, das SZKÖ und SZFR, im Falle teilweise sehr verschrammter und durch Schlagspuren gezeichneter Türzargen. Auch können die Möbel und Fußböden im SZKÖ trotz ihrer Pflege und Sauberkeit ihr Alter nicht verbergen. Das KHBE bemüht sich, die alte Struktur so gut es geht in Stand zu halten, jedoch muss die Einrichtung Acht geben, von anderen Einrichtungen bezüglich der baulichen Struktur und des Erscheinungsbildes nicht abgehängt zu werden (**siehe Kapitel 4.1.4**).

In der Kategorie „**Ordnung, Sauberkeit, Hygiene**“ sind alle Einrichtungen grundsätzlich gut aufgestellt, exemplarisch sei hier das KHBE hinsichtlich der dort durchgeführten Hygieneaudits und -prüfungen genannt. Alle Einrichtungen sind sauber und ordentlich, die Bewohner in den Seniorenzentren und Patienten in den Kliniken zeigten sich durchgehend sehr zufrieden mit diesen Aspekten. Die Zusammenarbeit mit der SHG wird im SZFR als sehr gut betrachtet (**vgl. Anlage 2, Folie 4 ff.**).

Die Umsetzung der Hygieneanforderungen (**siehe Kapitel 4.2.2**) weist im Bethelkontext nur wenige Verbesserungspotentiale auf.

Die Anzahl der durchgeführten **Hygienevisiten** schwankt in den Einrichtungen sehr stark: In sechs Einrichtungen werden jährlich ein bis sechs Hygienevisiten dokumentiert und ausgewertet, in fünf weiteren zehn bis 24 und in zwei Einrichtungen 64 bzw. 99. Bethelweit muss noch einmal festgelegt werden, was als Hygienevisite gelten und in die Managementbewertung einfließen kann (**siehe Kapitel 5.3.2**). Die Hygienebeauftragten sollten feste Zeitdeputate erhalten (SZFR).

Die Kategorien „**Konzepte und Standards**“ und „**Pflegerisches, ärztliches, therapeutisches Management**“ weisen nach wie vor die größten Veränderungen und Verbesserungspotentiale auf.

Insgesamt funktioniert das **Managementsystem** im DwB und seinen Einrichtungen, wird gelebt und ist „wirksam“ (**Kapitel 4.3.2 ff**). Die externen Auditoren sowie die Auditoren der Internen Revisionen konnten den Einrichtungen eine hohe soziale, kommunikative und fachliche Kompetenz der Mitarbeitenden bestätigen (**vgl. 1. Begutachtung zur Systemförderung Juni /2017, Seite 7 ff**).

Im Einzelnen stellt sich beispielhaft folgendes Bild dar:

Insbesondere die vollständige Umsetzung aller **Kriterien der Fort- und Weiterbildung** bereitet einigen Einrichtungen Schwierigkeiten. Die Teilnahme an der **freiwilligen Registrierung der Pflegekräfte** sowie die **Bepunktung** der Fortbildungsveranstaltungen trifft auf große Skepsis, wie auch die Organisation von Fortbildungen, die für die Fortbildungspunkte im Rahmen der **Erhaltung der Facharztqualifikation** von Bedeutung sein könnten. Demgegenüber wurde das zentral entwickelte **Pflichtfortbildungskonzept** nach ersten Anlaufschwierigkeiten umgesetzt (**siehe Kapitel 4.3.1**).

Die routinemäßige **Auswertung von Notfällen** gehört **zwingend** zu einem umfassenden Qualitätsmanagement und seinem „kontinuierlichen Verbesserungsprozess“. Die **Fehlerkultur** aller Einrichtung muss angstfrei sein, so dass Mitarbeitende vor der Meldung von Fehlern, deren Folgen bis hin zu schweren Komplikationen reichen können, keine Scheu haben. Nur wenige Einrichtungen haben zur Auswertung von Notfällen eine Systematik entwickelt (**siehe Kapitel 4.3.6**), die quantitative Übersicht der Fehlermeldungen lässt auf einen höchst unterschiedlichen Umgang mit Fehlern schließen (**siehe Kapitel 5.4.1**).

Bei der Weiterentwicklung der **Qualitätsmanagementhandbücher** (QMH) sind teilweise etablierte Konventionen und Funktionalitäten aus dem Blick geraten (**KHBE und RKWE - siehe Kapitel 4.11**): So nehmen die Gliederungen und Bezeichnungen überwiegend nicht die der gültigen KTQ-Manuale auf. Darüber hinaus existieren neben üblichen **Verfahrensanweisungen** und ihren **mitgeltenden Dokumenten** eine Unzahl weiterer Dokumententypen, die seit Einführung der Konventionen bereits abgeschafft waren.

Die **Versorgungsqualität** der Bewohner und Patienten in der Kategorie „**Ergebnisqualität: (Pflege-)Zustand der Bewohner und Patienten**“ war nach Ansicht der Auditoren in allen Einrichtungen sehr gut. Die **Zufriedenheit** der gesehenen Bewohner und Patienten mit ihrer Versorgung war hoch (**siehe Kapitel 4.4**). Dies bestätigen auch die Befragungsergebnisse der externen Auditoren von pCC (vgl. 1. Begutachtung zur Systemförderung Juni/2017, S. 7, Seite 9) sowie die Ergebnisse der anonymen Bewohner und Patientenbefragung: Nur zwei Einrichtungen – das SZWI und SZMÜ – lagen leicht über dem Referenzwert von 2,0, alle anderen erhielten von ihren Patienten und Bewohnern eine Schulnote von 2,0 oder besser (**siehe Kapitel 5.1.2**). Diese positiven Ergebnisse sind seit Jahren stabil (**siehe Anhang 4**).

Pflegevisiten, Audits nach nationalen Expertenstandards und Fokusvisiten werden regelmäßig durchgeführt, so dass die **Dokumentationsqualität** in allen Einrichtungen im Blick bleibt (**siehe Kapitel 4.3.6, vergleiche Kapitel 5.1.3**): Sie ist in allen Einrichtungen gut bis sehr gut (**siehe Kapitel 4.5.2**).

7 Ausblick

Alle Einrichtungen wiesen bei ihren Prüfungen weiterhin ein nachhaltig stabiles und hohes Qualitätsniveau auf.

Das Konzept der Internen Revision in Medizin und Pflege im Drei-Jahres-Rhythmus, jeweils ein Jahr vor der Rezertifizierung, bleibt unverändert wirksam. Die Anforderungen aus der DIN EN ISO 9001:2015 müssen 2018 umgesetzt sein, um das Zertifikat nach DSP zu erhalten und ab 2019 auch wieder das nach 9001:2015 verliehen zu bekommen.

Die bewährte Begleitung der Internen Revision in Medizin und Pflege sowie der Rezertifizierungsaudits durch Pflegedienstleitungen und Qualitätsbeauftragte wird auch weiterhin den gegenseitigen Erfahrungsaustausch innerhalb des DwB sicherstellen.

Im Juni 2018 erfolgt die 2. Begutachtung der Systemförderung durch zwei Auditoren von pCC. Sie wird weitere Entwicklungsmöglichkeiten aller Einrichtungen zu Tage fördern und die Weiterentwicklung der Versorgung aller Bewohner und Patienten unterstützen.

Berlin, 17.10.2017

Andreas Dietel

Anhang

Anhang 1 – Terminplan und Ko-Auditoren 2017 _____ 65

**Anhang 2 – Zusammenfassung des Qualitätsberichtes zur Präsentation auf der
Konferenz der Führungskräfte (KFK), 10.9. – 11.9.2015 _____ 66**

**Anhang 3 – Gegenüberstellung der Bewertungen der
Unternehmensbeteiligungen durch die Interne Revision in Medizin und Pflege
und des MDK _____ 78**

**Anhang 4 – Ergebnisse der Mitarbeitende- und Bewohner- /
Patientenbefragungen im Verlauf 2014 – 2017 _____ 79**

Anhang 1 – Terminplan und Ko-Auditoren 2017

Terminplan zur Revision und zur Zertifizierung 2017

	UB	Vor-Ort-Termine	Ko-Auditor aus Betrieb	Telefon-Konferenzen (9.30 - 11.30 Uhr)	Zertifizierungsaudit	Ko-Auditor aus Betrieb
1.	Geriatrische Reha-Klinik Bethel Trossingen (RKTR)	01.02. - 02.02.2017	Frau Haase (KHBE)	27.01.2017		
2.	Seniorenzentrum Bethel Friedrichshain (SZFR)	08.03. - 09.03.2017	Frau Brenner (RKWE, SZWE), Frau Rill (RKTR, SZTR)	03.03.2017		
3.	Krankenhaus Bethel Berlin (KHBE)	29.03. - 30.03.2017	Frau Möller (SZOE)	24.03.2017		
4.	Seniorenzentrum Bethel Köpenick (SZKÖ)	19.04. - 20.04.2017	Frau Klatt (SZFR)	14.04.2017		
5.	Seniorenzentrum Bethel München (SZMÜ)	31.05 - 01.06.2017	Frau Kalisch (SZKÖ)	26.05.2017		
6.	Seniorenzentrum Bethel Trossingen (SZTR)				13.06. - 14.06.2017	
7.	Pflegedienst Bethel Berlin (PDBE)				19.06.2017	Frau Byczek-Palfalusi (PDWE)
8.	SMG				20.06.2017	
9.	Pflegedienst Bethel Bad Oeynhausen (PDOE)				21.06.2017	Herr Thürigen (QMB, SZWI)
10.	Seniorenzentrum Bethel Bad Oeynhausen (SZOE)				22.06. - 23.06.2017	
11.	Seniorenzentrum Bethel Wiehl (SZWI)					
12.	Geriatrische Reha-Klinik Bethel Welzheim (RKWE)					
13.	Seniorenzentrum Bethel Welzheim (SZWE)					
14.	Pflegedienst Bethel Welzheim (PDWE)					

Legende:

HrN, FrS - Hr. Nitsche / Fr. Staas, Auditoren pCC
1-Tagesbegehungen (Bereiche / BW / Pat.)
2-tägige Revision
3-tägige Revision
Zertifizierung nach DSP / KTQ / Forderaudit

**Anhang 2 – Zusammenfassung des Qualitätsberichtes zur Präsentation auf der
Konferenz der Führungskräfte (KFK), 10.9. – 11.9.2015**



**NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL**



Qualität im Diakoniewerk Bethel 2017

Zusammenfassende Darstellung zum Qualitätsbericht

Präsentation zur Konferenz der Führungskräfte, 06.09.2017

*Andreas Dietel, Geschäftsführer Produkte
Scheve Management*

Gesamtübersicht 2017



DIKONIEWERK FÜR MENSCHEN
DIKONIEWERK BETHEL

Platz 2017	Platz 2016	Stiftung	2016/2017 Ergebnis (Bewertung)	Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung/Ordnung				Sauberkeit, Hygiene				Kultur und Freizeit				Pädagogisches / Soziales				Ergänzungsfaktoren				Ergebnis (Bewertung)				2016/2017 Ergebnis (Bewertung)	BSP BSP
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24		
1.	2.	SZKD	14.04.2017	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2			
1.	2.	SZPR	14.04.2017	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2			
1.	2.	SZOG	14.04.2017	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2			
1.	2.	SKTR	14.04.2017	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2			
2.	2.	FOBE	14.04.2017	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2			
2.	2.	SZWI	14.04.2017	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2			
2.	2.	SZTR	14.04.2017	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2			
3.	2.	FOBE	14.04.2017	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2			
3.	2.	SZNU	14.04.2017	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2			
4.	2.	SZWE	14.04.2017	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2			
4.	2.	FOWE	14.04.2017	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2			
5.	2.	KHBE	14.04.2017	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2			
6.	2.	SKBE	14.04.2017	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2			

Qualität im Dwb 2017, KFK, 06.09.2017, SMG, Andreas Dietel

Seite 2 von 22

Kategorie 1 und 2 – Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung / Ordnung, Sauberkeit, Hygiene



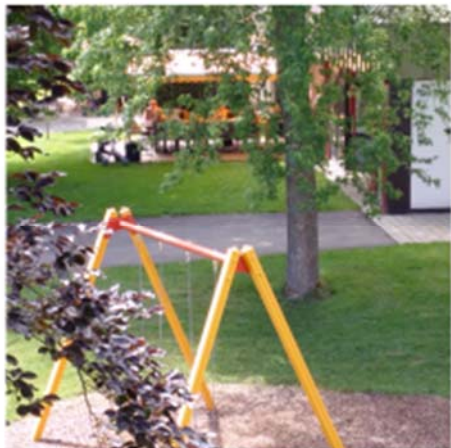
DIKONIEWERK FÜR MENSCHEN
DIKONIEWERK BETHEL



Qualität im Dwb 2017, KFK, 06.09.2017, SMG, Andreas Dietel

Seite 3 von 22

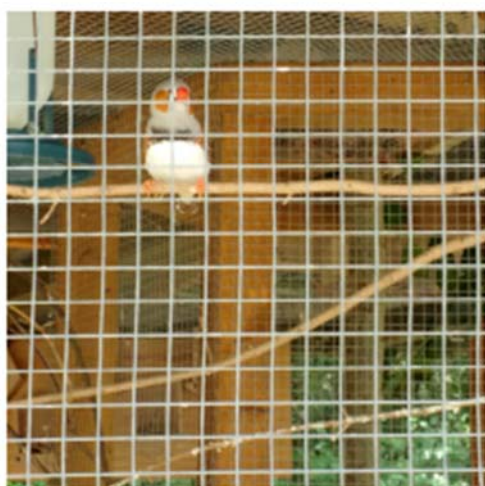
Kategorie 1 und 2 – Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung / Ordnung, Sauberkeit, Hygiene



Qualität im Dwb 2017, KFK, 06.09.2017, SMG, Andreas Dietel

Seite 4 von 22

Kategorie 1 und 2 – Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung / Ordnung, Sauberkeit, Hygiene



Qualität im Dwb 2017, KFK, 06.09.2017, SMG, Andreas Dietel

Seite 5 von 22

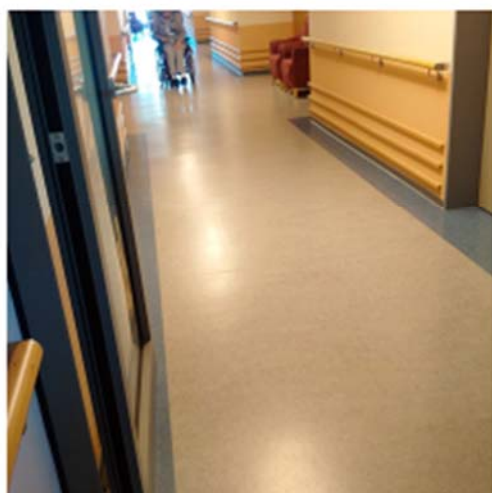
Kategorie 1 und 2 – Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung / Ordnung, Sauberkeit, Hygiene



Qualität im Dwb 2017, KFK, 06.09.2017, SMG, Andreas Dietel

Seite 6 von 22

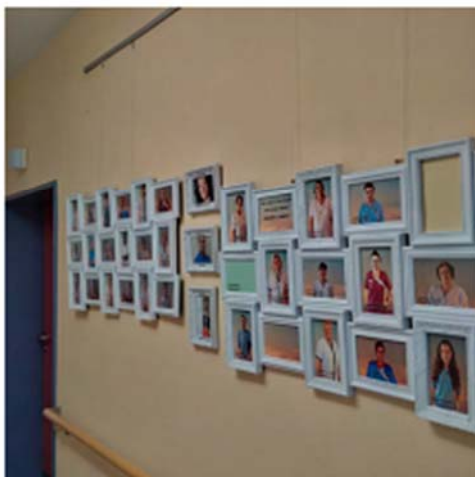
Kategorie 1 und 2 – Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung / Ordnung, Sauberkeit, Hygiene



Qualität im Dwb 2017, KFK, 06.09.2017, SMG, Andreas Dietel

Seite 7 von 22

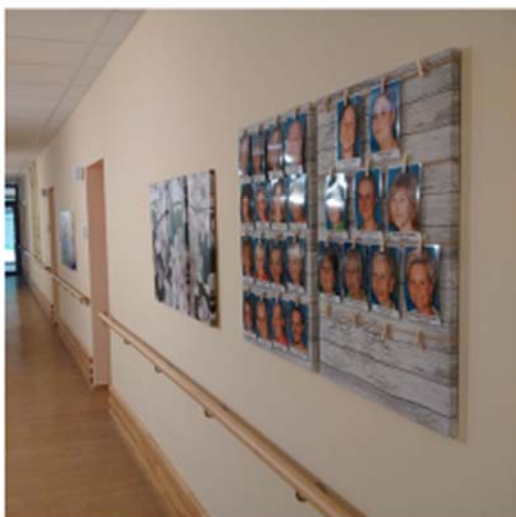
Kategorie 1 und 2 – Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung / Ordnung, Sauberkeit, Hygiene



Qualität im Dwb 2017, KFK, 06.09.2017, SMG, Andreas Dietel

Seite 8 von 22

Kategorie 1 und 2 – Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung / Ordnung, Sauberkeit, Hygiene



Qualität im Dwb 2017, KFK, 06.09.2017, SMG, Andreas Dietel

Seite 9 von 22

Kategorie 1 und 2 – Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung / Ordnung, Sauberkeit, Hygiene



Qualität im Dwb 2017, KFK, 06.09.2017, SMG, Andreas Dietel

Seite 10 von 22

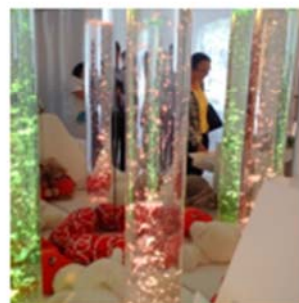
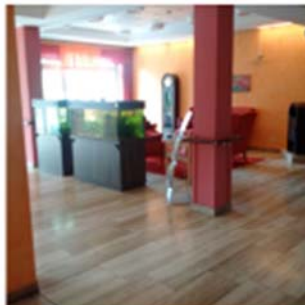
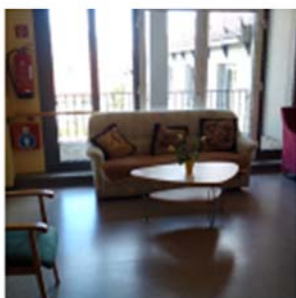
Kategorie 1 und 2 – Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung / Ordnung, Sauberkeit, Hygiene



Qualität im Dwb 2017, KFK, 06.09.2017, SMG, Andreas Dietel

Seite 11 von 22

Kategorie 1 und 2 – Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung / Ordnung, Sauberkeit, Hygiene



Qualität im Dwb 2017, KFK, 06.09.2017, SMG, Andreas Dietel

Seite 12 von 22

Kategorie 4 – Pflegerisches / ärztliches / therapeutisches Management



Pos. 2017 in Bezug auf dieses Kriterium	UBW	Pflegerisches / ärztliches / therapeutisches Management			Gesamtbewertung 2017
		2015	2016	2017	
1.	SZKÖ	1	1	1	1,0 ↑
1.	SZOE	1	1	1	1,0
1	RKTR	1 -	1 -	1	1,0 ↑
1.	SZWI	1	1	1	1,1
1.	SZTR	1	1	1	1,1
2.	SZFR	1 -	1 -	1 -	1,0 ↑
2.	PDOE	1 -	1 -	1 -	1,1
2.	PDBE	1 -	1 -	1 -	1,2
3.	SZMU	1 -	1 -	1-2	1,2 ↓
3.	SZWE	1-2	1-2	1-2	1,3
3.	PDWE	1-2	1-2	1-2	1,3
3.	KHBE	2 -	2 -	1-2	1,6 =
4.	RKWE	2 +	2 +	2 +	1,7

Qualität im Dwb 2017, KFK, 06.09.2017, SMG, Andreas Dietel

Seite 13 von 22

Auswertung von Notfällen - Überblick



	Auswertung der Notfälle
SZKÖ	nein
SZFR	ja
SZOE	k.B.
SZWI	ja
SZWE	k.B.
SZTR	VP
SZMÜ	ja

KHBE	k.B.
RKWE	VP
RKTR	VP

PDBE	ja
PDOE	k.B.
PDWE	nein

Qualität im Dwb 2017, KFK, 06.09.2017, SMG, Andreas Dietel

Seite 14 von 22

Kategorie 5 – Ergebnisqualität: Pflegezustand der BW / Patienten



Pos. 2017 in Bezug auf dieses Kriterium	LÖSUNG	Ergebnisqualität: (Pflege-)Zustand der BW / Pat.			Gesamtbewertung 2017
		2015	2016	2017	
1.	SZKÖ	1	1	1	1,0 ↑
1.	SZOE	1	1	1	1,0
1.	PDOE	1	1	1	1,1
1.	SZWI	1	1	1	1,1
1.	RKWE	1	1	1	1,7
1.	SZWE	1	1	1	1,3
1.	RKTR	1	1	1	1,0 ↑
1.	SZTR	1 -	1 -	1	1,1
1.	SZMÜ	1 -		1	1,2 ↓
2.	SZFR	1	1	1 -	1,0 ↑
2.	KHBE	1 -	1 -	1 -	1,6 =
2.	PDBE	1-2	1 -	1 -	1,2
2.	PDWE	1 -	1 -	1 -	1,3

Qualität im Dwb 2017, KFK, 06.09.2017, SMG, Andreas Dietel

Seite 15 von 22

Kategorie 6 – Dokumentation



Pos. 2017 in Bezug auf dieses Kriterium	ABM	Ergebnisqualität Dokumentation			Gesamtbewertung 2017
		2015	2016	2017	
1.	SZKÖ	1	1	1	1,0 ↑
1.	SZWI	1	1	1	1,1
2.	SZFR	1	1	1 -	1,0 ↑
2.	KHBE	1-2	1-2	1 -	1,6 =
2.	SZOE	1 -	1 -	1 -	1,0
2.	RKTR	1-2	1-2	1 -	1,0 ↑
2.	SZTR	1-2	1 -	1 -	1,1
2.	SZMÜ	1 -	1 -	1 -	1,2 ↓
3.	PDBE	2 +	1-2	1-2	1,2
3.	PDOE	2 +	1-2	1-2	1,1
3.	PDWE	1-2	1-2	1-2	1,3
4.	SZWE	2 +	2 +	2 +	1,3
4.	RKWE	2 +	2 +	2 +	1,7

Qualität im Dwb 2017, KFK, 06.09.2017, SMG, Andreas Dietel

Seite 16 von 22

Endergebnis 2017



Pos. 2017	Pos. 2015	ABM	Durchschnitt (Pflegerzustand doppelt gewichtet)			Note MDK
			15	16	17	
1.	2.	SZKÖ	1,1	1,1	1,0 ↑	1,0
1	2.	SZFR	1,1	1,1	1,0 ↑	1,0
1.	1.	SZOE	1,0	1,0	1,0	1,9
1	2.	RKTR	1,1	1,1	1,0 ↑	k.B.
2	3.	PDOE	1,2	1,1	1,1	1,0
2.	1.	SZWI	1,1	1,1	1,1	1,0
2.	2.	SZTR	1,1	1,1	1,1	1,1
3.	4.	PDBE	1,5	1,2	1,2	1,1
3.	2.	SZMÜ	1,1	1,1	1,2 ↓	1,1
4.	4.	SZWE	1,3	1,3	1,3	1,0
4.	4.	PDWE	1,3	1,3	1,3	1,3
5.	6.	KHBE	1,6	1,6	1,6 =	k.B.
6.	7.	RKWE	1,7	1,7	1,7	k.B.

Qualität im Dwb 2017, KFK, 06.09.2017, SMG, Andreas Dietel

Seite 17 von 22

Herzlichen Glückwunsch!



Das **SZOE** und das **SZTR** sowie der **PDBE** und der **PDOE** haben in 2017 ihr Zertifikat nach **Diakonie-Siegel Pflege** bestätigt.



Qualität im DwB 2017, KFK, 06.09.2017, SMG, Andreas Dietel

Seite 18 von 22

Wie geht es weiter?



- DwB: Zuspitzung des **Risikomanagements** – Sicherstellung der Anforderungen des DSP in allen UB
- DwB: Überarbeitung des **Pflegevisitenkataloges** (Projekttag)
- DwB: Förderung der **Fachlichkeit** der Mitarbeitenden
- RK: Projekt der Einführung **MCC-Shiva** in den RK

Qualität im DwB 2017, KFK, 06.09.2017, SMG, Andreas Dietel

Seite 19 von 22

Wie geht es weiter?



- SZ und PD: Bericht '**Begutachtung zur Systemförderung**' - Prüfung der Stärken und Verbesserungspotentiale durch **alle** UB
- SZ und PD: Einführung der **SIS** im DSP-Bereich
- SZ: Einführung des **modernisierten MCC** im Bereich der SZ



Unser Dank gilt wie immer auch allen
Mitarbeitern in Ihren Betrieben



Anhang 3 – Gegenüberstellung der Bewertungen der Unternehmensbeteiligungen durch die Interne Revision in Medizin und Pflege und des MDK

<i>UB/AF</i>	<i>Noten durch die IR in Medizin und Pflege</i>	<i>Benotung durch den MDK</i>
	<i>2014 / 2015 / 2016 / 2017</i>	<i>2014 / 2015 / 2016 / 2017</i>
SZOE	1,0 =	1,9 ↓
SZWI	1,1 ↓	1,0 ↑
SZFR	1,0 ↑	1,0 ↑
SZTR	1,1 =	1,1 ↑
SZKÖ	1,1 ↑	1,0 ↑
RKTR	1,0 ↑	k.B.
SZMÜ	1,1 ↑	1,1 =
KHBE	1,6 ↓	k.B.
PDOE	1,1 ↑	1,0 =
PDBE	1,2 ↑	1,1 =
SZWE	1,3 ↑	1,0 =
PDWE	1,3 ↑	1,3 ↓
RKWE	1,8 ↓	k.B.

Legende:

k.B. - Keine Benotung durch MDK vorgesehen

Farbskala der DwB-Schulnotenbewertung

Anhang 4 – Ergebnisse der Mitarbeitende- und Bewohner- / Patientenbefragungen im Verlauf 2014 – 2017

	2014		2015		2017	
	Befragungsart MA-Zufriedenheit	Befragungsart BW / Pat.-Zufriedenheit	Befragungsart MA-Zufriedenheit	Befragungsart BW / Pat.-Zufriedenheit	Befragungsart MA-Zufriedenheit	Befragungsart BW / Pat.-Zufriedenheit
SZKÖ	2,2	1,9	2,0	2,0	1,7	1,8
SZFR	2,0	1,9	2,0	1,9	2,1	1,9
KHBE	2,8	1,8	2,8	1,8	3,0	1,7
PDBE	2,2	1,8	2,1	1,9	2,6	2,0
SZOE	2,3	1,9	2,5	1,9	2,4	2,0
PDOE	2,0	1,7	1,7	1,7	1,8	1,9
SZWI	2,0	2,0	2,8	2,0	2,3	2,0
RKWE	2,2	2,0	2,1	1,9	2,3	2,2
SZWE	2,3	2,1	2,2	1,9	2,3	1,8
PDWE	1,7	1,8	2,2	1,9	1,8	1,7
RKTR	1,9	1,7	1,8	2,0	2,1	1,8
SZTR	1,8	1,9	1,9	1,9	2,0	2,0
SZMÜ	1,8	2,0	2,1	2,2	2,7	2,2
SHG						

Legende:

Kennzahlvorgabe von besser gleich 2 erreicht.

Kennzahlvorgabe von besser gleich 2 nicht erreicht.

Fett: Höchste Zufriedenheit konzernweit.