

Scheve Management
Geschäftsbereich Produkte

Qualität im Gesundheitswerk Bethel Berlin und seinen Beteiligungen:

Interne Revision in Medizin und Pflege und Managementbewertungen

Qualitätsbericht 2018

Andreas Dietel, Henrike Zander



**GESUNDHEITSWERK
BETHEL BERLIN**

Inhalt

1	EINLEITUNG	1
2	PRÜFUNGSGRUNDLAGEN	3
3	PRÜFUNGS DURCHFÜHRUNG	5
4	PRÜFUNGSERGEBNISSE IM ÜBERBLICK	7
4.1	BAULICHES, WOHNLICHES, ORIENTIERUNG	7
4.1.1	<i>Konzept Wohnraumgestaltung</i>	7
4.1.2	<i>Ausstattung der Wohnbereiche, Stationen und Zimmer (Pflegedienste: Büroräume, Wartezonen)</i>	8
4.1.3	<i>Ausstattung für gerontopsychiatrische Bewohner (Seniorenzentren)</i>	9
4.1.4	<i>Bewertung der Ausstattung der Wohnbereiche / Stationen, Außenbereiche / Informationsmittel (Pflegedienste: Büroräume, Wartezonen)</i>	9
4.1.5	<i>Bewertung des Umfeldes der Inaugenschein genommenen Bewohner / Patienten</i>	10
4.2	ORDNUNG, SAUBERKEIT, HYGIENE	11
4.2.1	<i>Bewertung der Reinigungsleistungen in den Wohnbereichen / Stationen und den Zimmern</i>	11
4.2.2	<i>Hygiene</i>	12
4.2.3	<i>Gesamteindruck der Hygiene</i>	13
4.3	KONZEPTE, STANDARDS, MANAGEMENT.....	13
4.3.1	<i>Führungsprozesse</i>	13
	Diakonisches Profil	13
	Dienstplan / Tourenplan.....	17
	Interne Kommunikation, Einarbeitung neuer Mitarbeitender / Ehrenamtlicher	18
	Mitarbeitendegespräche / Teamentwicklung / Ausbildung	19
	Fort- und Weiterbildungsmanagement / Literatur.....	20
4.3.2	<i>Qualitätsmanagement</i>	21
	Struktur des Qualitätsmanagements.....	21
	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>	30
	Pflegerischer Bereich.....	30
	Ernährung	31
	Medikamentenversorgung	32
	Geregeltes Notfallmanagement	33
4.4	ERGEBNISQUALITÄT: (PFLEGE)-ZUSTAND VON PATIENTEN UND BEWOHNERN	34
4.5	ERGEBNISQUALITÄT: ÜBERPRÜFUNG DER MEDIZINISCHEN DOKUMENTATION.....	35
	4.5.1 <i>Vollständigkeit</i>	35
	4.5.2 <i>Formale und inhaltliche Führung der medizinischen Dokumentation</i>	36
4.6	REZERTIFIZIERUNGEN 2018 NACH DSP UND KTQ	37
4.7	ERGEBNISSE DER ZERTIFIZIERUNGSAUDITS NACH DSP	38
4.8	ZENTRALE PROJEKTE ZUR KONZERNENTWICKLUNG 2018.....	38
4.9	SCHWERPUNKTTHEMEN 2018 – ERGEBNISSE	39
4.10	SCHWERPUNKTTHEMEN 2019	41
4.11	DIE PRÜFERGEBNISSE NACH SCHULNOTEN 2016 BIS 2018 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 <i>Erstkontakt / Erstgespräch / Aufnahmen</i>	49
5.1.5 <i>Pflegeaufwendige Patienten- / Bewohnergruppen zum Stichtag 31.</i>	
<i>Dezember</i>	49
<i>Pflegeaufwendige Patienten- / Bewohnergruppen zum Stichtag</i>	50
5.2 BESCHÄFTIGTENORIENTIERUNG.....	52
5.2.1 <i>Kennzahlen der Beschäftigtenorientierung</i>	52
5.2.2 <i>Mitarbeitendegespräche</i>	53
5.3 SICHERHEIT	54
5.3.1 <i>Arbeitsschutz</i>	54
5.3.2 <i>Hygiene</i>	55
5.3.3 <i>Lieferantenbewertung</i>	55
5.4 QUALITÄTSMANAGEMENT	56
5.4.1 <i>Fehlermanagement</i>	56
5.4.2 <i>Beschwerdemanagement</i>	56
6 ZUSAMMENFASSUNG	58
7 AUSBLICK.....	63
ANHANG.....	64

1 Einleitung

Das **Gesamtkonzept der Qualitätssicherung** im Gesundheitswerk Bethel Berlin (**GwB**) 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 fünfzehnten Jahr der Internen Revision in Medizin und Pflege wird sowohl ein zusammenfassender Qualitätsbericht für die UB des GwB vorgelegt, als auch seit 2013 ein Benchmark durch die Gegenüberstellung aller Managementbewertungen ermöglicht.

Mit dem Instrument der Internen Revision nimmt der Geschäftsbereich 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 die Auditierenden aus dem Bereich Produkte (Verantwortliche Leitung der Internen Revision) und Leitende aus anderen Einrichtungen (Ko-Auditierende Geschäftsführungen und Pflegedienstleitungen) gemeinsam auf die IR vor, die

über je 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 GwB 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 Forderungen 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 dienen in den Seniorenzentren und den Pflegediensten:

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

Grundlagen für die diakonischen Kriterien sind:

- das Leitbild ‚Seelsorge im GwB‘
- das Rahmenkonzept ‚Arbeiten in christlicher Verantwortung GwB‘

- ‚Leben und Arbeiten – Leitungs- und Führungsgrundsätze im GwB‘
- das Leitbild ‚Diakonie‘
- das Bundesrahmenhandbuch ‚Diakonie-Siegel Pflege‘ in seiner aktuellen Fassung
- die Auditcheckliste zum Bundesrahmenhandbuch

Als Leitfaden für die Befragung dienen 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 GwB

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 GwB 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 die Mitarbeitenden des Geschäftsbereiches Produkte das Leserecht besitzen. Seit 2008 werden darüber hinaus alle Berichte im Internet veröffentlicht, wobei bewohner- und patientenrelevante Daten geschwärzt sind.

Im Rahmen der Internen Revision wurden 2018 folgende Einrichtungen geprüft und deren Daten in den folgenden Tabellen aktualisiert: Seniorenzentrum Bethel Welzheim (SZWE), Pflegedienst Bethel Welzheim (PDWE), Seniorenzentrum Bethel Lichterfelde (SZLI), Seniorenzentrum Bethel Wiehl (SZWI) und die Reha-Klinik Bethel Welzheim (RKWE). Alle anderen Daten stammen aus jeweils aus den zwei vorangegangenen Jahren (**vgl. Kapitel 4.11 Die Prüfergebnisse nach Schulnoten 2016 bis 2018 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, Orientierung*²

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.
SZLI	ja	k.B.	k.B.	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	k.B.	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 (Pflegerdienste: 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
SZLI	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, behindertenge rechtes Bad auf allen Etagen	Behindertenge rechtes Bad	Rufanlage / Nachtbeleuchtung	Pflegebetten	Fußböden rutschfest	Allgemeine Orientierung
PDBE	t.n.z.	ja	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	ja	ja	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	ja	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	Infivisutelle 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.
SZLI	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
SZOE	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
SZWI	ja	ja	ja	ja
SZWE	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
SZTR	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.	Veranstaltungsübersicht
SZKÖ	2+	1	1	1
SZFR	1	1	1	1
SZLI	1	1	1-	1
SZOE	1-	1	1	1
SZWI	1-	2+	1-	1
SZWE	1-	1	1-	1
SZTR	1	1	1	1
SZMÜ	1	1	1	1
KHBE	3	3	3	2
RKWE	2	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
SZLI	1-	2+
SZOE	1-	1-
SZWI	2+	1-
SZWE	1-	1-
SZTR	2-	1
SZMÜ	1-	2+

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

PDBE	t.n.z.	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, Begehbarkeit).
- **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-
SZLI	1	1	1	1	1	1	1
SZOE	1	1	1	1	1	1	1
SZWI	1	2+	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	t.n.z.	1	t.n.z.	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, Begehungplanung, 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	k.B.	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	VP	ja	ja	k.B.	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						
RKTR	ja						

PDBE	ja						
PDOE	ja						
PDWE	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-
SZLI	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 Schnellzugriff 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 Konfessionen / 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
SZLI	ja	k.B.	ja	ja	ja	ja	k.B.	k.B.	k.B.
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	k.B.	ja	k.B.	ja	ja	k.B.	k.B.	ja
SZWE	ja	k.B.	ja	k.B.	ja	ja	ja	ja	k.B.
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	k.B.	ja	k.B.	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	k.B.	k.B.	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	Seelsorgerische Betreuung / Zuwendung etc.	Evaluation
SZKÖ	ja	ja	k.B.	ja
SZFR	ja	ja	k.B.	k.B.
SZLI	ja	ja	k.B.	ja
SZOE	ja	ja	k.B.	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	k.B.	k.B.
RKWE	ja	ja	k.B.	ja
RKTR	ja	ja	k.B.	k.B.

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

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
SZLI	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.	k.B.	ja	k.B.
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	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	ja	ja	k.B.	ja	k.B.	k.B.
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	ja	ja	ja	ja	ja	VP

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

- **Verfahrensanweisungen (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
SZLI	nein	nein	k.B.	k.B.	ja	k.B.	k.B.
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.	ja
SZWI	ja	VP	ja	k.B.	ja	k.B.	k.B.
SZWE	ja	ja	ja	k.B.	ja	k.B.	k.B.
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	ja
RKTR	ja	VP	ja	k.B.	ja	k.B.	k.B.

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

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
SZLI	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	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	k.B.						
RKWE	k.B.							
RKTR	ja							

PDBE	ja							
PDOE	ja							
PDWE	ja	k.B.						

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
SZLI	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

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

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

Mitarbeitendegespräche / Teamentwicklung / Ausbildung

Folgende Kriterien werden geprüft:

- **Mitarbeitendegespräche** 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).

	Mitarbeitergespräche	Maßnahmen der Teamentwicklung	Strukturierte Ausbildung	Systematische Begleitung der Auszubildenden
SZKÖ	k.B.	k.B.	ja	ja
SZFR	ja	k.B.	ja	ja
SZLI	ja	ja	t.n.z.	t.n.z.
SZOE	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	VP	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	VP
SZMÜ	ja	ja	ja	VP

	Mitarbeiter- gespräche	Maßnahmen der Teamentwick- lung	Strukturierte Ausbildung	Systematische Begleitung der Auszubildenden
KHBE	k.B.	ja	ja	ja
RKWE	ja	ja	ja	ja
RKTR	ja	ja	k.B.	k.B.

PDBE	ja	ja	nein	nein
PDOE	ja	k.B.	ja	ja
PDWE	ja	k.B.	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)	Schwerpunkthemen	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
SZLI	nein	ja	nein	nein	nein	nein	ja	nein	nein
SZOE	ja	k.B.	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	k.B.	ja	ja	nein	ja	ja	ja	k.B.
SZWE	ja	ja	ja	ja	k.B.	ja	ja	ja	k.B.
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	ja	ja	ja	ja	ja
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	k.B.

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
SZLI	VP	ja	k.B.	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	VP	ja	ja	ja	k.B.	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	ja	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
SZLI	VP	VP	ja	ja	VP	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.
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	ja	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 Diakonie-Siegel 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	Bestandsver- zeichnis	Überprüfun- gen	Flucht- / Rettungs- pläne	Maßnahmen- pläne	Pflicht- schulungen	Teilnahme wird über- prüft
SZKÖ	ja	VP	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZLI	VP	ja	nein	VP	ja	VP	VP	VP
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	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
SZLI	ja	k.B.	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
SZLI	nein	VP	VP	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja
SZTR	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
SZMÜ	ja	ja	ja	VP
KHBE	k.B.	k.B.	ja	k.B.
RKWE	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
RKTR	ja	ja	ja	ja
PDBE	ja	ja	ja	ja
PDOE	ja	ja	ja	ja
PDWE	k.B.	k.B.	ja	k.B.

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
SZLI	VP	ja	ja	nein	nein	VP	ja	nein
SZOE	VP	k.B.	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	k.B.	ja	ja	ja	ja	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	k.B.	ja	ja	ja	k.B.	ja	ja
RKTR	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.	ja	ja

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

	Arztdienst					Therapeut- ischer 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
SZLI	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	nein
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	k.B.	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) / Aushang 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
SZLI	k.B.	k.B.	k.B.	ja	k.B.
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	k.B.	ja	ja	ja	k.B.
SZWE	ja	ja	ja	ja	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.	t.n.z.	t.n.z.
PDOE	ja	k.B.	k.B.	t.n.z.	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	t.n.z.	ja	ja	t.n.z.	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 betheiligt	Bewohner- / Patientenbefragung unterjährig	Evaluation Aufnahme - Versorgungsprozess	Ergebnispräsentation	Maßnahmenpläne / Zielerreichung
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja
SZLI	ja	ja	nein	ja	k.B.
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	k.B.
SZWE	ja	VP	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
SZLI	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.
SZLI	VP	k.B.	t.n.z.	t.n.z.
SZOE	ja	ja	t.n.z.	ja
SZWI	k.B.	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	t.n.z.	t.n.z.
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 Verfahrensanweisung des Gesundheitswerkes Bethel Berlin 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
SZLI	ja	VP	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	k.B.	k.B.	ja	ja	ja	ja
SZWE	k.B.	ja	ja	k.B.	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
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.
SZLI	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 Verfahrensweisung, die im Vorfeld der Revision auf ihre Eignung begutachtet wird, überprüfen die Auditoren während der Revision folgende Kriterien:

- Eine **Verfahrensweisung** 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 Verbandstoffe 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
SZLI	nein	ja	ja	ja	ja
SZOE	VP	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	VP
SZTR	ja	ja	k.B.	k.B.	VP
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja
KHBE	ja	ja	ja	ja	ja
RKWE	k.B.	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	VP	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
SZLI	VP	ja	k.B.	k.B.
SZOE	ja	ja	ja	nein
SZWI	VP	ja	k.B.	VP
SZWE	ja	ja	ja	ja
SZTR	VP	ja	ja	VP
SZMÜ	ja	ja	ja	ja

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

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

4.4 Ergebnisqualität: (Pfleger)-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-
SZLI	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 bzw. SIS-Bogen
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 Ordnungsblatt / Visitenprotokoll

- 15. (Schmerzdokumentation)
- 16. Medikamentenplan
- 17. (Therapiedokumentation / Aktivierungsbogen)
- 18. Seelsorge
- 19. Überleitungsbogen

Krankenhäuser zusätzlich:

- 20. Ärztliches Verlaufsblatt
- 21. Therapeutisches Verlaufsblatt
- 22. Befunddokumentation

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

KHBE	1
RKWE	1-
RKTR	1

PDBE	1-
PDOE	1
PDWE	1-

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
SZLI	k.B.	1-
SZOE	2+	1
SZWI	2	1-
SZWE	1-	2
SZTR	1	1
SZMÜ	1	1

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

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

4.6 Rezertifizierungen 2018 nach DSP und KTQ

Seit 2010 sind alle Einrichtungen des GwB 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**) wurde 2018 der vierte Rezertifizierungszyklus nach DSP abgeschlossen. Die Seniorenzentren SZKÖ, SZFR und SZMÜ bestätigten in diesem Jahr ihre Zertifizierung nach DSP. Alle Ergebnisse zur Rezertifizierung nach DSP sind im Bericht zur „**2. 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 bis 2018 ausgesetzt. Aufgrund des Austritts des Gesundheitswerkes aus Kirche und

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

Diakonie zum Ende des Jahres, werden ab 2019 alle Seniorenzentren und Pflegedienste nach DIN EN ISO 9001:2015 zertifiziert, wobei weiterhin auf den bewährten Qualitätsmanagementhandbuchaufbau nach dem Diakonie-Siegel Pflege zurückgegriffen wird und auch die christliche Ausrichtung des Werkes und seiner Einrichtungen erhalten bleibt.

Die Termine für den neuen Zertifizierungszyklus 2019 werden mit allen Beteiligten vereinbart und betreffen die Scheve Management GmbH, die Seniorenzentren SZLI, SZWI und SZWE sowie den PDWE. Die RKWE wird nach KTQ rezertifiziert.

4.7 Ergebnisse der Zertifizierungsaudits nach DSP

Mit dem 2. Förderaudit 2018 endete der Zyklus der vierten Wiederholungsbegutachtung.

Die Auditoren von proCumCert (**pCC**) stellen auch 2018 zu Beginn des 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.“

Der Auditor empfiehlt der pCC die Aufrechterhaltung der Zertifizierung des Managementsystems der Einrichtung nach Diakonie-Siegel Pflege Version 3.0.

Alle Einrichtungen präsentierten sich eindeutig als diakonische Einrichtungen, so der Auditor weiter. Als Verbesserungspotential wird u.a. einrichtungsübergreifend die Einführung und der intensivere Einsatz des E-Learnings erwähnt.

Damit die Entwicklung des Konzerns sichergestellt wird, müssen alle anderen Einrichtungen sicherstellen, dass die genannten Verbesserungspotentiale bei ihnen in den Folgejahren ausgeschlossen werden.

4.8 Zentrale Projekte zur Konzernentwicklung 2018

Der konzernweit seit 2010 vereinheitlichte und bewährte **Pflegevisitenkatalog** wurde Ende 2017 in einem zentralen Projekt durch die Geschäftsführenden Pflegedienstleitungen und Qualitätsbeauftragten überarbeitet. Ziel war es die aktuellen Veränderungen, wie beispielsweise die Einführung des Strukturmodelles, Modifikationen im Bereich der Nationalen Expertenstandards und die unter anderem von der DIN EN ISO

9001:2015 geforderter Stärkung der Fachlichkeit und der Umgang mit Risiken besser abzubilden. Die Vergleichbarkeit der Einrichtungen untereinander sollte dabei erhalten bleiben. Im Ergebnis konnte ein Katalog präsentiert werden, der in den Kategorien und Subkategorien thematisch festgelegt bleibt. Die einzelnen Kriterien sind jedoch durch die Einrichtung frei definierbar. Dadurch steht den Einrichtungen ein flexibles, risiko- und fachlichkeitsorientiertes und trotzdem vergleichbares Instrument zur Verfügung. Das aktuelle Jahr wurde von den Einrichtungen genutzt, um die Kriterien für ihre Einrichtung individuell zu definieren und das neue Instrument zu implementieren. Im Rahmen der Internen Revisionen konnten sich die Auditoren von den ersten Nutzungserfahrungen vor Ort überzeugen. Dieser Schwerpunkt wird 2019 weiter im Blick bleiben, um die Umsetzung und Wirksamkeit des neuen Pflegevisitenkataloges zu eruieren.

Bis Ende 2018 wird das im Jahr 2017 begonnene Projekt „**Überarbeitung M-KIS in den Seniorenzentren**“ abgeschlossen sein. Mit der Implementierung der überarbeiteten Software „M-KIS“ in allen Seniorenzentren werden unter anderem das neue Begutachtungsinstrument, die Strukturierte Informationssammlung und die tagesstrukturierende Maßnahmenplanung sowie einige überarbeitete und anwenderfreundlichere Masken eingeführt. So ist beispielsweise eine individuelle Evaluationsplanung einzelner Pflegephänomene durchführbar, eine Erinnerungsfunktion ermöglicht termingerechte Evaluationen und übergaberelevante Angaben werden übersichtlich dargestellt. Insgesamt wird eine Effizienzsteigerung der Dokumentation erreicht.

4.9 Schwerpunktthemen 2018 – Ergebnisse

In diesem Jahr standen im GwB die Schwerpunkte **Risikomanagement, Stärkung der Fachlichkeit** und **Einführung der strukturierten Informationssammlung** im thematischen Blickpunkt der Internen Revisionen, Begutachtungen der Systemförderung und Zertifizierungen.

Im Rahmen der Internen Revision und auch der Begutachtungen zur Systemförderung war ersichtlich, dass die **Stärkung der Fachlichkeit** in den Einrichtungen deutlich in den Fokus gerückt ist. So wird beispielweise das E-Learning an einem Standort (SZKÖ) ergänzend zum Präsenzangebot der Fortbildungen angeboten, an anderen Standorten wird angedacht, das **E-Learning** ergänzend für einzelne Berufsgruppen zu nutzen – insgesamt muss das E-Learning noch verstärkt im Bereich der Fort- und Weiterbildung eingesetzt werden (vgl. Bericht 2. Begutachtung zur Systemförderung, Juni

/2018, S. 5). Anfang 2018 hat der Gesellschafter die Entscheidung getroffen worden, dass alle Unternehmensbeteiligungen die „**Registrierung beruflich Pflegender**“ (RbP) anbieten und umsetzen. Am Standort Welzheim konnten sich die Auditoren bereits im ersten Halbjahr von dem Fortschritt der Umsetzung überzeugen. Darüber hinaus wurden in den Einrichtungen Wissensselbsttest (z.B. RKWE) oder Wissensdatenbanken (z.B. SZWI) eingeführt. Eine Empfehlung von Seiten der Auditoren der pCC ist es, das Wissen bei ausscheidenden Mitarbeitenden für die Organisation dauerhaft zu sichern (Wissenssicherung - SZKÖ).

Zum Schwerpunktthema **Risikomanagement** konnte festgestellt werden, dass der Blick auch auf nichtpflegerische Risiken gerichtet wurde. Risiken wurden erkannt und bewertet (z.B. SZWE, SZWI).

Hierbei gibt es auch Verbesserungspotentiale. Eine **Betrachtung von Chancen und Risiken auf Prozessebene** und aus dem Blickwinkel der **interessierten Parteien** sollte in den Einrichtungen noch intensiver betrieben werden (vgl. vgl. Bericht 2. Begutachtung zur Systemförderung, Juni /2018, S. 6, 7). Darüber hinaus müssen alle Einrichtungen die Wirksamkeit des Risikomanagements in der Managementbewertung beurteilen.

Die **Einführung der Strukturierten Informationssammlung** in allen Seniorenzentren und Pflegediensten wird bis Ende 2018 abgeschlossen sein. Einige Einrichtungen (PDOE, SZLI, SZKÖ, SZWE) arbeiten bereits erfolgreich und zum Teil seit einigen Jahren (PDOE) mit diesem Konzept. In den Seniorenzentren wird dieses Projekt unterstützt durch die Anpassung und Umstellung des elektronischen Dokumentationssystems „M-KIS“, so dass die digitale Erfassung von versorgungsrelevanten Daten ausgebaut werden kann.

Vorreiter war hier das SZFR. Bereits im Februar konnten sich alle GF PDL und Qualitätsbeauftragten der Seniorenzentren an zwei Tagen vor Ort in Friedrichshain von der praktischen Umsetzung überzeugen und den fachlichen Austausch suchen. Die erfolgreiche Umsetzung der SIS im SZFR wurde auch von den externen Auditoren von pCC bestätigt (2. Bericht Systemförderung Juni/2018, S. 6). Im Rahmen der Revisionen konnte in allen besuchten Einrichtungen die Projektplanungen erläutert bzw. die bereits erfolgte Umstellung begutachtet werden.

4.10 *Schwerpunktthemen 2019*

Im kommenden Jahr wird das **Risikomanagement** weiter im Fokus bleiben. Insbesondere hinsichtlich der Betrachtung und Gewichtung der Risiken auf Prozessebene, die Berücksichtigung der interessierten Parteien, die Modifizierung nach Maßnahmenumsetzung sowie die Bewertung des Systems im Rahmen der Managementbewertung (vgl.- Kapitel 4.9).

Die **Stärkung der Fachlichkeit der Mitarbeitenden** wird auch 2019 ein Schwerpunkt bleiben. Der Fokus liegt im Ausbau bzw. der Anwendung des **E-Learning** und die Umsetzung der **Registrierung beruflich Pflegender** (RbP). So müssen alle Fortbildungspläne Fortbildungspunkte nach dem System der RbP aufweisen, **Wissensselbsttests** etabliert und die **Wissenssicherung** implementiert sein.

Das Instrument der **Pflegevisite** mit dem **modifizierten Pflegevisitenkatalog** sowie der dazugehörigen Verfahrensanweisung wird 2019 während der Internen Revisionen in Medizin und Pflege hinsichtlich ihrer Umsetzung bewertet.

In allen Seniorenzentren und Pflegediensten bleibt die „**Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation**“ im Blickfeld. Insbesondere wird hier die Verknüpfung der strukturierten Informationssammlung mit der Risikoerhebung und der Maßnahmenplanung im Mittelpunkt stehen.

Die **Anwendung von M-KIS** in den Seniorenzentren wird 2019 reflektiert, hier insbesondere die Nutzung und Praktikabilität der nun geschaffenen Möglichkeiten hinsichtlich einer überwiegend digitalen Dokumentation.

In den Pflegediensten wird die **Pflegesoftware Medifox** und deren praktische Anwendbarkeit, insbesondere die Umsetzung der Schnittstellen zum Bereich Finanzen und Personal, im Blickpunkt stehen.

4.11 Die Prüfergebnisse nach Schulnoten 2016 bis 2018 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. 2018	Pos. 2017	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
				16	17	18	16	17	18	16	17	18	16	17	18	16	17	18	16	17	18	16	17	18		
1.	1.	SZKÖ	19.04.-20.04.2017	1-2	1 -	1 -	1 -	1	1	1	1 -	1 -	1	1	1	1	1	1	1	1	1,1	1,0	1,0	01.11.2017	1,0	
1.	1.	SZFR	08.03.-09.03.2017	1 -	1	1	1	1	1	2 +	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1	1 -	1 -	1	1 -	1 -	1,1	1,0	1,0	24.07.2018	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 -	1,0	1,0	1,0	20.03.2017	1,9	
1.	1.	RKTR	01.02. - 02.02.2017	1	1	1	1	1	1	1 -	1 -	1 -	1 -	1	1	1	1	1-2	1 -	1 -	1,1	1,0	1,0		k.B.	
2.		SZLI	14.03.-16.03.2018			1			1			k.B.			1 -		1			1-2			1,1	05.03.2018	1,1	
2.	2.	PDOE	10.03.-11.03.2016	1	1	1	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1	1	1	1-2	1-2	1-2	1,1	1,1	1,1	13.04.2016	1,0	
2.	2.	SZWI	11.04. -12.04.2018	1 -	1 -	1 -	1	1	1	2	2	1-2	1	1	1	1	1	1	1	1-2	1,1	1,1	1,1 =	03.04.2018	1,1	
2.	4.	SZWE	30.01.-31.01.2018	1	1	1	1	1	1	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1 -	1	1	1	2 +	2 +	1-2	1,3	1,3	1,1 ↑	21.02.2017	1,0
2.	4.	PDWE	21.02. 22.02.2018	1	1	1	1	1	1	2	2	2 +	1-2	1-2	1 -	1 -	1 -	1	1-2	1-2	1 -	1,3	1,3	1,1 ↑	28.09.2017	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 -	1 -	1 -	1,1	1,1	1,1	07.11.2017	1,0
3.	4.	PDBE	10.02.-11.02.2016	1-2	1-2	1-2	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1-2	1-2	1-2	1,2	1,2	1,2	06.02.2018	1,0
3.	6.	RKWE	08.05.-09.05.2018	1-2	1-2	1-2	1	1	1	3-4	3-4	2 +	2 +	2 +	1 -	1	1	1	2 +	2 +	1 -	1,7	1,7	1,2 ↑		k.B.
3.	3.	SZMÜ	31.05.- 01.06.2017	1	1	1	1 -	1 -	1 -	2	2	2	1 -	1-2	1-2	1 -	1	1	1 -	1 -	1 -	1,1	1,2	1,2	17.07.2018	1,2
4.	5.	KHBE	29.03.-30.03.2017	1-2	3	3	1-2	1-2	1-2	2-3	2-3	2-3	2 -	1-2	1-2	1 -	1 -	1 -	1-2	1 -	1 -	1,6	1,6 =	1,6		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. Halbjahr: Hohe Kapazitätsauslastung - erbrachte / mögliche Berechnungstage	2. Halbjahr: Hohe Kapazitätsauslastung - erbrachte / mögliche Berechnungstage	Gesamtjahr
SZKÖ	98,2%	98,7%	98,4%
SZFR	100,1%	101,7%	100,9%
SZOE	95,5%	96,5%	96,0%
SZWI	90,2%	92,3%	91,2%
SZWE	100,6%	101,0%	100,8%
SZTR	108,2%	106,0%	107,1%
SZMÜ	96,4%	98,2%	97,3%
KHBE	118,6%	105,3%	111,9%
RKWE	100,5%	101,0%	100,7%
RKTR	119,0%	113,8%	116,4%

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. Halbjahr: Kontrollierte Fallschwere, Pflegestufenentwicklung - vereinbarte Leistungsstunden / Anzahl Leistungsempfänger	2. Halbjahr: Kontrollierte Fallschwere, Pflegestufenentwicklung - vereinbarte Leistungsstunden / Anzahl Leistungsempfänger	Gesamt
SZKÖ	57,22 Std.	55,48 Std.	56,35 Std.
SZFR	61,51 Std.	63,05 Std.	62,28 Std.
SZOE	61,15 Std.	60,74 Std.	60,95 Std.
SZWI	61,68 Std.	59,08 Std.	60,38 Std.
SZWE	61,98 Std.	62,35 Std.	62,17 Std.
SZTR	61,15 Std.	62,71 Std.	61,93 Std.
SZMÜ	68,88 Std.	69,79 Std.	69,33 Std.

KHBE	1,33 CMI	1,28 CMI	1,30 CMI
RKWE	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
RKTR	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	2,0
SZWE	1,8
SZTR	2,0
SZMÜ	2,2

KHBE	1,7
RKWE	2,2
RKTR	1,8

PDBE	2,0
PDOE	1,9
PDWE	1,7

5.1.3 Visitenergebnisse

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. Halbjahr: Anzahl geplanter / durchgeführter Pflegevisiten	2. Halbjahr: Anzahl geplanter / durchgeführter Pflegevisiten
SZKÖ	73,68%	117,11%
SZFR	121,15%	98,08%
SZOE	85,56%	118,60%
SZWI	138,00%	86,00%
SZWE	106,67%	100,00%
SZTR	100,00%	100,00%
SZMÜ	83,89%	46,43%

KHBE	99,08%	101,05%
RKWE	100,00%	100,00%
RKTR	104,35%	104,35%

PDBE	162,50%	85,00%
PDOE	100,00%	100,00%
PDWE	100,00%	85,42%

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	Gut	Gut
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- / Bewohneraudit	Umsetzungsgrad Personalbefragung	2. Audit eines Nationalen Expertenstandards	Umsetzungsgrad Patienten- / Bewohneraudit	Umsetzungsgrad Personalbefragung
SZKÖ	Dekubitusprophylaxe	88%	31%	Sturzprophylaxe	98%	26%
SZFR	Schmerzmanagement - chronischer Schmerz	86%	10%	Sturzprophylaxe	98%	9%
SZOE	Ernährungsmanagement	91%	24%	Dekubitusprophylaxe	97%	24%
SZWI	Dekubitusprophylaxe	98%	5%	Ernährungsmanagement	95%	7%
SZWE	Förderung der Harnkontinenz in der Pflege	97%	40%	Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	93%	81%
SZTR	Dekubitusprophylaxe	95%	22%	Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	93%	26%
SZMÜ	Dekubitusprophylaxe	74%	53%	Förderung der Harnkontinenz in der Pflege	85%	70%

	1. Audit eines Nationalen Exertenstandards	Umsetzungsgrad Patienten-/ Bewohner- audit	Umsetzungsgrad Personalbe- fragung	2. Audit eines Nationalen Exertenstandards	Umsetzungsgrad Patienten-/ Bewohner- audit	Umsetzungsgrad Personalbe- fragung
KHBE	Dekubitusprophylaxe	89%	66%	Sturzmanagement	85%	k.B.
RKWE	Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	85%	74%	Förderung der Harnkontinenz in der Pflege	91%	52%
RKTR	Dekubitusprophylaxe	95%	2%	Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	98%	4%
PDBE	Schmerzmanagement - chronischer Schmerz	81%	51%	Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	79%	71%
PDOE	Schmerzmanagement - chronischer Schmerz	69%	25%	k.A.	k.A.	k.A.
PDWE	Ernährungsmanagement	98%	12%	Sturzprophylaxe	87%	28%

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	Körpergrößbestimmung	30%	Wunddokumentation in Ordnung	59%
SZFR	Fußpflege	97%	IKP	95%
SZOE	Schmerzmanagement	75%	Medikation/Arztkommunikation	80%
SZWI	Medikamentenwesen	67%	Pflegerischer Zustand Bewohnerstichprobe	93%
SZWE	Zufriedenheit der Männer mit Betreuung	68%	Medikamentenmanagement	37%
SZTR	Körperpflege	100%	Kleidung	100%
SZMÜ	Palliative Versorgung	76%	Bedarfsmedikation	79%
KHBE	Dekubitusprophylaxe	87%	äußeres Erscheinungsbild/Fing	80%
RKWE	Gewicht und BMI	96%	Wunddokumentation	100%
RKTR	Nagelpflege Hände	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	227	107	30
SZFR	521	96	33
SZOE	505	203	312
SZWI	426	61	158
SZWE	526	307	165
SZTR	k.A.	k.A.	259
SZMÜ	233	229	117

PDBE	75	275	275
PDOE	108	45	45
PDWE	185	169	169

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	25	12	2	1	31
SZFR	0	0	4	6	2	10	13
SZOE	0	0	3	22	5	4	36
SZWI	0	0	2	4	1	2	19
SZWE	0	0	1	11	2	10	22
SZTR	1	0	0	15	6	7	9
SZMÜ	0	0	4	6	2	12	28

	Wachkoma	Beatmungspflichtiger Bewohner / Patient	Dekubitus	Blasenkatheter	PEG-Sonde	Fixierung	Kontraktur
PDBE	0	0	3	4	1	3	8
PDOE	0	0	0	2	0	0	13
PDWE	0	0	1	3	1	0	43

	Vollständige Immobilität	Tracheostoma	MRSA	Diabetes Mellitus
SZKÖ	9	0	2	52
SZFR	10	0	0	31
SZOE	9	0	7	29
SZWI	4	0	4	18
SZWE	4	0	1	15
SZTR	20	1	0	25
SZMÜ	9	0	2	31
PDBE	5	0	1	46
PDOE	0	0	1	16
PDWE	2	0	1	30

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	Ernährungsfähigkeiten	Chronische Wunden	Kontinenzprobleme	Sturzindex
SZKÖ	0,46%	34	7	26	118	3,43
SZFR	0,66%	48	10	9	78	9,67
SZOE	0,23%	66	19	5	128	4,21
SZWI	0,70%	44	7	6	92	6,26
SZWE	0,07%	41	9	6	90	4,00
SZTR	0,08%	17	20	0	81	4,42
SZMÜ	0,67%	56	13	2	92	6,56
KHBE	0,47%	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	4,28
RKWE	0,31%	4	4	5	17	12,74
RKTR	0,00%	1	7	1	12	13,80
PDBE	0,49%	17	4	7	47	t.n.z.
PDOE	0,00%	15	6	2	17	t.n.z.
PDWE	0,17%	23	3	6	38	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:

- **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)

	Kniegelenks-Totalendoprothese - Anzahl	Kniegelenks-Totalendoprothese - Dauer (in % bzgl. des ermittelten Durchschnitts* (Quelle: eigene Daten))	Kniegelenks-Totalendoprothese - Postoperative Wundinfektion	Kniegelenks-Totalendoprothese - Allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen (in % bzgl. des ermittelten Durchschnitts)	Hüft-Endoprothese - Anzahl	Hüft-Endoprothese - Dauer (in % bzgl. der Durchschnittsdauer)*	Hüft-Endoprothese - Postoperative Wundinfektion	Hüft-Endoprothese - Allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen (in % bzgl. des ermittelten Durchschnitts)	Generalindikator Dekubitus - Inzidenz
KHBE	188	94,01%	0,00%	0,58%	181	78,07%	3,45%	7,81%	0,26%
Berliner Landesdurchschnitt	5369	93,49%	12,93%	1,64%	5628	82,51%	5,03%	8,42%	0,46%
	*2013 - EndoCert 1:40 Std.		** 2013 - AQUA		*2013 - EndoZert 1:30 Std.		** 2013 - AQUA		

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

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

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 Bew egungsapparates	Frakturen (ohne Femurfraktur)	Femurfraktur	Apoplex	Neurologische Erkrankungen	Herzkrankheiten	Diabetesfolgen	Verzögerte Rekonvaleszenz	Sonstiges
RKWE	10%	9%	25%	10%	7%	9%	0%	21%	7%
Land BW	19%	10%	21%	8%	6%	11%	1%	10%	14%
Differenz	-9%	-1%	4%	2%	1%	2%	-1%	12%	-6%
RKTR	14%	9%	27%	7%	7%	10%	0%	11%	16%
Land BW	19%	10%	21%	8%	6%	11%	1%	10%	14%
Differenz	-5%	-1%	6%	-2%	0%	-2%	-1%	2%	2%

	Barthel-Index Eingang in Punkten	Barthel-Index Ausgang in Punkten	Barthel-Index Zuwachs in Punkten	Entlassung: Wohnung	Entlassung: Seniorenzentrum	Entlassung: Akutklinik	Entlassung: Tod	Entlassung: Reha-Klinik
RKWE	35	60	25	81%	10%	9%	0%	0%
Land BW	50	75	25	81%	10%	9%	0%	0%
Differenz	15	15	0	0%	0%	0%	0%	0%
RKTR	56	71	15	65%	14%	20%	0%	0%
Land BW	55	80	25	82%	9%	9%	0%	0%
Differenz	1	-9	9	17%	4%	11%	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

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.

Fähigkeiten zu erhalten, zu erweitern, der technischen Entwicklung anzupassen oder einen beruflichen Aufstieg zu ermöglichen. Der **Referenzwert** liegt bei 1%.

- 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 Weiterbildungquote	Hohe Beschäftigtenzufriedenheit	Keine unerwünschte Fluktuation	Wenig Kurzzeiterkrankungen*
SZKÖ	1,0%	1,7	2,8%	39,8
SZFR	1,5%	2,1	5,4%	38,0
SZOE	1,2%	2,1	6,3%	45,7
SZWI	1,7%	2,3	3,5%	111,3
SZWE	1,2%	2,3	1,1%	83,3
SZTR	1,3%	2,0	4,8%	33,9
SZMÜ	1,5%	2,7	10,7%	101,1
KHBE	0,9%	3,1	0,0%	156,3
RKWE	1,4%	2,3	0,0%	42,9
RKTR	1,0%	2,1	9,2%	83,0
PDBE	0,5%	2,5	12,2%	165,6
PDOE	1,7%	1,8	20,9%	83,7
PDWE	1,6%	1,8	11,8%	30,9

* AOK (2016): 60 Fälle

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	85,26%
SZFR	100,00%
SZOE	74,19%
SZWI	92,39%
SZWE	88,24%
SZTR	75,32%
SZMÜ	91,67%

KHBE	67,39%
RKWE	96,97%
RKTR	49,30%

PDBE	58,00%
PDOE	64,29%
PDWE	90,63%

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	21
SZFR	0
SZOE	16
SZWI	5
SZWE	5
SZTR	6
SZMÜ	9

KHBE	53
RKWE	1
RKTR	4

PDBE	5
PDOE	4
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	20
SZWI	12
SZWE	36
SZTR	3
SZMÜ	30

KHBE	50
RKWE	24
RKTR	3

PDBE	2
PDOE	6
PDWE	16

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	2
SZWI	1
SZWE	2
SZTR	2
SZMÜ	2

KHBE	2
RKWE	2
RKTR	2

PDBE	2
PDOE	2
PDWE	1

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	24	22	2
SZFR	68	65	3
SZOE	127	32	14
SZWI	38	37	1
SZWE	805	11	794
SZTR	70	41	29
SZMÜ	171	130	41

KHBE	13	4	9
RKWE	26	24	2
RKTR	102	59	43

PDBE	49	0	0
PDOE	19	14	5
PDWE	7	3	4

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	13
SZOE	9
SZWI	33
SZWE	21
SZTR	7
SZMÜ	39

KHBE	68
RKWE	25
RKTR	72

PDBE	25
PDOE	5
PDWE	6

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 2016 bis 2018 zeigt aktuell, dass Veränderungen über die Jahre nur graduell stattgefunden haben – im Positiven wie im Negativen (**siehe Kapitel 4.11**). Die im Jahr 2018 im Rahmen der IR geprüften Einrichtungen erzielten alle „sehr gute“ Bewertungen. Die RKWE konnte dabei den größten Entwicklungsschritt (Gesamtnote von 1,7 auf 1,2) verzeichnen.

2018 wurden die Seniorenzentren SZFR, SZKÖ und SZMÜ nach **DSP rezertifiziert**. Im KHBE hat Anfang Oktober das Zertifizierungsaudit nach KTQ erfolgreich stattgefunden. Es gelang dem KHBE einen der ersten 20 Plätze von knapp 270 nach KTQ zertifizierten Krankenhäusern zu belegen. In der RKTR wird im November die Zertifizierung nach KTQ stattfinden.

Die **Prüfeschwerpunkte 2018** wurden in allen im Rahmen der Internen Revisionen und Rezertifizierungen begangenen Einrichtungen behandelt. Exemplarisch sei die **Stärkung der Fachlichkeit** und das **Risikomanagement** erwähnt, wobei festgestellt werden kann, dass die Schwerpunkte in allen Einrichtungen mit Engagement umgesetzt werden. Verbesserungspotentiale wurden im fachlichen Austausch besprochen und von den Einrichtungen offen angenommen (**siehe Kapitel 4.9**).

Die **Managementbewertungen** sind in allen UB vollständig erstellt worden. Alle Einrichtungen nutzen die Managementbewertung zur Rückschau, Bewertung und kritischen Auseinandersetzung mit dem Ist-Zustand und greifen die Verbesserungspotentiale auf, um neue Qualitätsziele für das kommende Jahr festzulegen. Teilweise müssen die Ergebnisse fundierter bewertet werden, denn zur Zeit liegt das Gewicht eher auf Beschreibungen der Ergebnisse.

Bei der **Durchführung der Pflegevisiten** gibt es hinsichtlich der **Erreichungsgrade** Abweichungen innerhalb des Betrachtungszeitraums (**Kapitel 5.1.3**). Der Wert schwankt in den Halbjahren 2017 zwischen 46% (SZMÜ) und 162% (PDBE), erreicht aber bethelweit einen Jahresdurchschnitt von 101%. Pflegevisiten als bedeutendes Instrument zur Beurteilung des Ist-Standes der Versorgungsqualität und der Wirksamkeit von Schulungsmaßnahmen werden in den Einrichtungen konsequent angewandt. Neben den Pflegevisiten werden in den Einrichtungen Audits nach Expertenstandards und Fokussierte Visiten durchgeführt (**Kapitel 5.1.3**).

Die im Rahmen eines 2017 durchgeführten Fachtages zur **Modifizierung des Pflegevisitenkataloges** erstellten Pflegevisitenkataloge kommen seit Beginn 2018 in den Einrichtungen zum Einsatz (**siehe Kapitel 4.8**). Die Ergebnisse werden sich u.a. in der Managementbewertung 2018 abbilden. Darüber hinaus bleibt die Thematik der Durchführung und Auswertung von Pflegevisiten Thema der Internen Revisionen 2019.

Einige Referenzwerte – hier beispielsweise: **Benotung der Einrichtungen** durch ihre Bewohner und Patienten – werden konzernweit fast überall erreicht (**siehe Kapitel 5.1.2**). Die Durchschnittsnoten liegen zwischen 1,7 (PDWE, KHBE) und 2,2 (SZMÜ, RKWE) und erreichen konzernweit einen Durchschnitt von 1,9.

Bei der **Weiterbildungsquote**, die konzernweit durchschnittlich bei 1,3% liegt, schließen fünf Einrichtungen leicht und eine mit 0,5% deutlich unterdurchschnittlich ab, sieben befinden sich im Durchschnitt oder leicht darüber (**siehe Kapitel 5.2.1**).

Neun der 13 Einrichtungen werden im Rahmen der jährlich stattfindenden Mitarbeiterbefragung von ihren Mitarbeitenden mit einer **Schulnote** schlechter als 2,0 **bewertet**, was einer fortbestehenden leicht negativen Tendenz (Vorjahr sieben Einrichtungen) entspricht (**siehe Kapitel 5.2.1**).

Der Referenzwert der **unerwünschten Fluktuation** (0%) wird nur in zwei Einrichtungen erreicht (**ebd.**) und liegt im Konzerndurchschnitt bei 6,8 % (Vorjahr 5,3%). Es gelang den meisten Einrichtungen im Jahr 2017 nicht, die **Mitarbeitendengespräche** im geplanten Umfang durchzuführen (**siehe Kapitel 5.2.2**). Im Hinblick auf die zunehmende Bedeutung der Mitarbeiterbindung sind die Einrichtungsleitungen gefordert, geeignete Maßnahmen zu ergreifen. Diese müssen in der nächsten Managementbewertung erläutert werden.

Im Rahmen der sechs Kategorien der Internen Revision in Medizin und Pflege sind die Benotungen weiterhin stabil: In der Kategorie „**Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung**“ sind keine gravierenden Mängel aufgetreten. Alle Einrichtungen und Bereiche präsentieren sich übersichtlich und ansprechend (z.B. SZLI, RKWE). Jedoch müssen einige Einrichtungen die Thematik „Bauliches und Wohnlichkeit“ im Blick behalten (**siehe Kapitel 4.1**), um durch rechtzeitig eingeleitete Maßnahmen nicht den Anschluss zu verlieren (z.B. RKWE, SZWI). Dies ist den jeweiligen Geschäftsführungen bewusst.

Alle begangenen Einrichtungen vermitteln bereits beim Betreten eine Willkommensatmosphäre (z.B. SZWE, SZLI; vgl. Anlage 2, Folie 3, Folie 10). Diese ansprechende Atmosphäre setzt sich auf den Wohnbereichen fort, so werden beispielsweise schöne großformatige Fotoaufnahmen aus der Region präsentiert (RKWE, SZLI) oder gemütlich gestaltete Wohnbereiche laden zum Verweilen ein (z.B. SZWE, SZLI).

In der Kategorie „**Ordnung, Sauberkeit, Hygiene**“ sind die Einrichtungen grundsätzlich sehr gut aufgestellt. 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 Umsetzung der Hygieneanforderungen (**siehe Kapitel 4.2.2**) weist im Bethelkontext nur sehr wenige Verbesserungspotentiale auf.

Die Kategorie „**Konzepte und Standards**“ verzeichnet konzernweit einen positiven Trend und weist im Konzerndurchschnitt sehr gute bis gute Ergebnisse auf. Beispielsweise wird, um die Verfahrensanweisungen kurz zu fassen, auf mitgeltende Verfahrensanweisungen oder Dokumente verwiesen (SZWI, RKWE), der Fehler des Monats wird regelmäßig thematisiert (SZWI), das Vorschlagswesen ist implementiert (SZWI) oder der risikobasierte Ansatz gut beschrieben (PDWE).

Verbesserungspotentiale gibt es beispielsweise bezüglich der Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien. Es muss darauf geachtet werden, diese nicht zu vermischen. So sollten unter der Struktur keine Prozesse oder Ergebnisse beschrieben werden (z.B. PDWE, RKWE, SZWE) und die Verfahrensanweisungen keinen unterschiedlichen Aufbau haben (SZWI). Perspektivisch kann geprüft werden, ob die Anzahl der QM-Dokumente eingeschränkt werden kann bzw. ob einige Dokumente zusammengeführt (z.B. RKWE) oder im Sinne der Aussagekraft gestrafft werden können (z.B. PDWE). Formulierungen müssen für die Mitarbeitenden eindeutig sein, deshalb muss in Verfahrensanweisungen nicht das Verb „sollte“ sondern „muss“ verwendet werden (PDWE).

In der Kategorie **„Pflegerisches, ärztliches, therapeutisches Management“** ist ebenfalls eine positive Tendenz zu verzeichnen, so liegen alle Einrichtungen im überwiegend sehr guten Bereich. Der Gesamtkreislauf „Plan-Do-Check-Act“ (PDCA) ist bei vielen Themen sehr gut umgesetzt und der risikobasierte Ansatz gut erkennbar. Beispielsweise ist die Einweisung in die Medizinprodukte gut nachvollziehbar (z.B. PDWE); die Pflegevisiten werden zeitnah ausgewertet, Maßnahmen abgeleitet und einer Wirksamkeitskontrolle unterzogen (SZWI).

Exemplarische Verbesserungspotentiale liegen im Zugänglichmachen von Auditorergebnissen an alle Leitungskräfte (z.B. SZWE), in der Implementierung von E-Learning (z.B. SZWI) oder in der Aussagekraft von Managementbewertungen (z.B. PDWE).

Die **Versorgungsqualität** der Betreuten in der **Kategorie „Ergebnisqualität: (Pflege-) Zustand der Bewohner und Patienten“** wurde von den Auditoren in allen Einrichtungen als sehr gut eingeschätzt. Die Zufriedenheit mit ihrer Versorgung der im Rahmen der Internen Revisionen besuchten Betreuten war hoch (**siehe Kapitel 4.4**). Dies bestätigen auch die Befragungsergebnisse der anonymen Befragung der Betreuten: nur drei Einrichtungen – das SZWI, SZMÜ und die RKWE – lagen leicht über dem Referenzwert von 2,0, alle anderen erhielten von ihren Betreuten Noten besser als 2,0 (**siehe Kapitel 5.1.2**).

In der Kategorie **„Ergebnisqualität Dokumentation“** erreichen alle Einrichtungen gute bis sehr gute Ergebnisse (**siehe Kapitel 4.5.2**). So werden beispielsweise Risiken gut beschrieben (PDWE, SZWE), die Dokumentation enthält alle wichtigen Phänomene (SZWE, SZWI) oder eine übersichtlich gestaltete „Fieberkurve“ enthält nicht nur

die Vitalzeichen, sondern bildet außerdem Gespräche, Medikamente und Bedarfsmittelgaben ab (RKWE). Darüber hinaus haben alle Seniorenzentren und Pflegedienste die Strukturierte Informationssammlung eingeführt bzw. sind auf dem Weg, diese zu implementieren (**siehe Kapitel 4.9**).

Insgesamt funktioniert das **Managementsystem** im GwB und in seinen Einrichtungen und ist „wirksam“ (**Kapitel 4.3.2 ff**). Die externen Auditoren sowie die Auditoren der Internen Revisionen konnten sich vor Ort davon überzeugen, dass das Qualitätsmanagement gelebt und als Bestandteil der täglichen Arbeit betrachtet wird. Die Instrumente und Methoden des Qualitätsmanagement werden professionell angewandt, die Verfahrensabläufe sind etabliert und werden routiniert umgesetzt (**vgl. 2. Begutachtung zur Systemförderung Juni /2018, Seite 4**). Verbesserungspotentiale wurden aufgedeckt und reflektiert.

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. Ab 2019 werden alle Seniorenzentren und Pflegedienste des Gesundheitswerkes Bethel Berlin nach DIN EN ISO 9001:2015 zertifiziert.

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 Gesundheitswerkes Bethel Berlin sicherstellen.

Die Wiederbegutachtung wird weitere Entwicklungsmöglichkeiten aller Einrichtungen zu Tage fördern und die Weiterentwicklung der Versorgung aller Bewohner und Patienten unterstützen.

Berlin, 17.10.2018

Andreas Dietel, Henrike Zander

Anhang

Anhang 1 – Terminplan und Ko-Auditoren 2018	65
Anhang 2 – Zusammenfassung des Qualitätsberichtes zur Präsentation auf der Konferenz der Führungskräfte (KFK), 5.9.2018	66
Anhang 3 – Gegenüberstellung der Bewertungen der Unternehmensbeteiligungen durch die Interne Revision in Medizin und Pflege und des MDK	75
Anhang 4 – Ergebnisse der Mitarbeitende- und Bewohner- / Patientenbefragungen im Verlauf 2015 – 2018	76

Anhang 1 – Terminplan und Ko-Auditoren 2018

Terminplan zur Revision und zur Zertifizierung 2018

	UB	Vor-Ort-Termine	Ko-Auditor aus Betrieb	Telefon-Konferenzen (9.30 - 11.30 Uhr)	Zertifizierungsaudit	Ko-Auditor aus Betrieb
1.	Seniorenzentrum Bethel Welzheim (SZWE)	30.01. - 31.01.2018	Frau Seibert (SZLI), Frau Schug (SZMÜ)	26.01.2018		
2.	Pflegedienst Bethel Welzheim (PDWE)	21.02. - 22.02.2018	Frau Schröder (PDBE)	16.02.2018		
3.	Seniorenzentrum Bethel Lichterfelde (SZLI)	13.03. - 15.03.2018	Frau Kalisch (SZKÖ)	12.03.2018		
4.	Seniorenzentrum Bethel Wiehl (SZWI)	11.04. - 12.04.2018	Ko-Auditor terminlich verhindert			
5.	Geriatrische Reha-Klinik Bethel Welzheim (RKWE)	08.05. - 09.05.2018	Ko-Auditor terminlich verhindert			
6.	SMG				18.06.2018, HrN	(keine Ko-Auditoren)
7.	Seniorenzentrum Bethel Friedrichshain (SZFR)				19.6. - 20.6.2018, HrN	Frau Düpmann (QMB, SZKÖ)
8.	Seniorenzentrum Bethel Köpenick (SZKÖ)				21.6. - 22.6.2018, HrN	Frau Stiller (QMB, SZLI)
9.	Seniorenzentrum Bethel München (SZMÜ)				26.6. - 27.6.2018, FrS	Frau Täuber (QMB, PDBE)
10.	Geriatrische Reha-Klinik Bethel Trossingen (RKTR)				06.-08.11.2018 KTQ	Frau Zander / Herr Dietel (SMG)
11.	Krankenhaus Bethel Berlin (KHBE)				08.-10.10.2018 KTQ	Frau Zander / Herr Dietel (SMG)
12.	Seniorenzentrum Bethel Trossingen (SZTR)					
13.	Pflegedienst Bethel Berlin (PDBE)					
14.	Pflegedienst Bethel Bad Oeynhausen (PDOE)					

Legende:

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

**Anhang 2 – Zusammenfassung des Qualitätsberichtes zur Präsentation auf der
Konferenz der Führungskräfte (KFK), 5.9.2018**



**NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL**



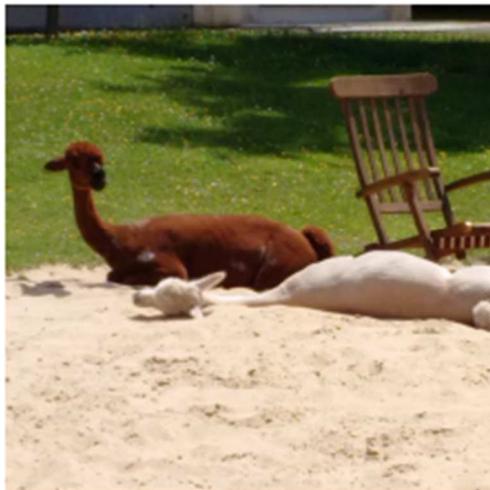
Qualität im Diakoniewerk Bethel 2018

Zusammenfassende Darstellung zum Qualitätsbericht

Präsentation zur Konferenz der Führungskräfte, 05.09.2018

*Andreas Dietel, Geschäftsführer Produkte
Scheve Management*

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



Qualität im D+G 2018, KFK, 05.09.2018, SMG, Andreas Dietel

Seite 5 von 18

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



Qualität im D+G 2018, KFK, 05.09.2018, SMG, Andreas Dietel

Seite 6 von 18

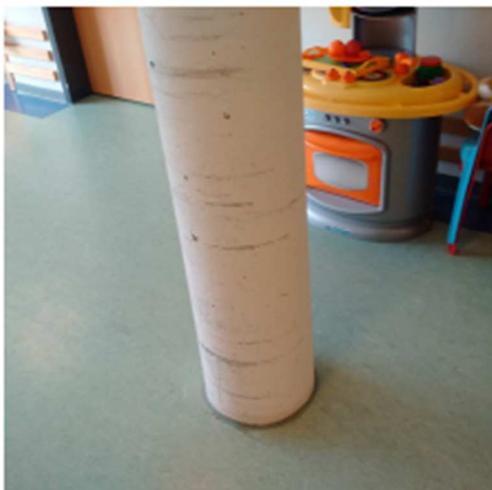
Kategorie 1 und 2 – Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung / Ordnung, Sauberkeit, Hygiene



Qualität im Dwb 2018, KFK, 05.09.2018, SMG, Andreas Dietel

Seite 7 von 18

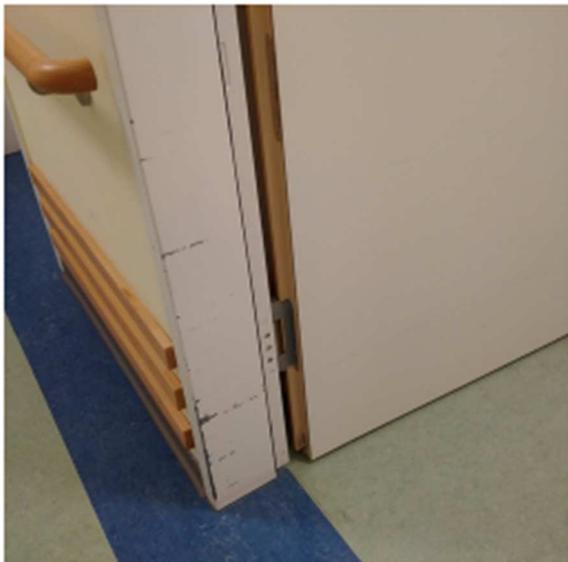
Kategorie 1 und 2 – Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung / Ordnung, Sauberkeit, Hygiene



Qualität im Dwb 2018, KFK, 05.09.2018, SMG, Andreas Dietel

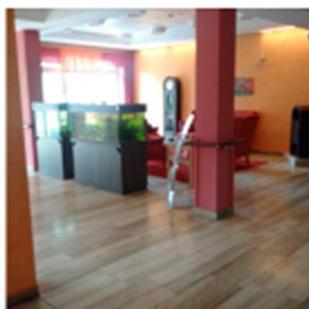
Seite 8 von 18

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



Qualität im Dwb 2018, KFK, 05.09.2018, SMG, Andreas Dietel

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



Qualität im Dwb 2018, KFK, 05.09.2018, SMG, Andreas Dietel

Kategorie 4 – Pflegerisches / ärztliches / therapeutisches Management



Plz. 2018 in Bezug auf dieses Kriterium	ÜBStP	Pflegerisches / ärztliches / therapeutisches Management			Gesamtbewertung 2018
		2016	2017	2018	
1.	SZKÖ	1	1	1	1,0
1.	SZOE	1	1	1	1,0
2.	SZWI	1	1	1	1,1 =
2.	SZTR	1	1	1	1,1
1.	RKTR	1 -	1	1	1,0
1.	SZFR	1 -	1 -	1 -	1,0
2.	SZLI			1 -	1,1
3.	PDBE	1 -	1 -	1 -	1,2
2.	PDOE	1 -	1 -	1 -	1,1
2.	SZWE	1-2	1-2	1 -	1,1 ⬆
3.	RKWE	2 +	2 +	1 -	1,2 ⬆
2.	PDWE	1-2	1-2	1 -	1,1 ⬆
4.	KHBE	2 -	1-2	1-2	1,6
3.	SZMU	1 -	1-2	1-2	1,2

Qualität im Dwb 2018, KFK, 05.09.2018, SMG, Andreas Dietel

Seite 11 von 18

Kategorie 5 – Ergebnisqualität: Pflegezustand der BW / Patienten



Plz. 2018 in Bezug auf dieses Kriterium	ÜBStP	Ergebnisqualität: (Pflege-)Zustand der BW / Pat.			Gesamtbewertung 2018
		2016	2017	2018	
1.	SZKÖ	1	1	1	1,0
2.	SZLI			1	1,1
1.	SZOE	1	1	1	1,0
2.	PDOE	1	1	1	1,1
2.	SZWI	1	1	1	1,1 =
2.	SZWE	1	1	1	1,1 ⬆
3.	RKWE	1	1	1	1,2 ⬆
2.	PDWE	1 -	1 -	1	1,1 ⬆
1.	RKTR	1	1	1	1,0
3.	SZMU	1 -	1	1	1,2
1.	SZFR	1	1 -	1 -	1,0
4.	KHBE	1 -	1 -	1 -	1,6
3.	PDBE	1 -	1 -	1 -	1,2
2.	SZTR	1 -	1 -	1 -	1,1

Qualität im Dwb 2018, KFK, 05.09.2018, SMG, Andreas Dietel

Seite 12 von 18

Kategorie 6 – Dokumentation



Pos. 2018 in Bezug auf dieses Kriterium	USVP	Ergebnisqualität Dokumentation			Gesamtbewertung 2018
		2016	2017	2018	
1.	SZKÖ	1	1	1	1,0
1.	SZFR	1	1 -	1 -	1,0
4.	KHBE	1-2	1 -	1 -	1,6
1.	SZOE	1 -	1 -	1 -	1,0
3.	RKWE	2 +	2 +	1 -	1,2 ↑
2.	PDWE	1-2	1-2	1 -	1,1 ↑
2.	SZTR	1 -	1 -	1 -	1,1
1.	RKTR	1-2	1 -	1 -	1,0
3.	SZMÜ	1 -	1 -	1 -	1,2
2.	SZLI			1-2	1,1
3.	PDBE	1-2	1-2	1-2	1,2
2.	PDOE	1-2	1-2	1-2	1,1
2.	SZWI	1	1	1-2	1,1 =
2.	SZWE	2 +	2 +	1-2	1,1 ↑

Qualität im Dwb 2018, KFK, 05.09.2018, SMG, Andreas Dietel

Seite 13 von 18

Endergebnis 2018



Pos. 2018	Pos. 2017	USVP	Durchschnitt (Pflegezustand doppelt gewichtet)			Note MDK
			16	17	18	
1.	1.	SZKÖ	1,1	1,0	1,0	1,0
1.	1.	SZFR	1,1	1,0	1,0	1,0
1.	1.	SZOE	1,0	1,0	1,0	1,9
1.	1.	RKTR	1,1	1,0	1,0	k.B.
2.		SZLI			1,1	1,1
2.	2.	PDOE	1,1	1,1	1,1	1,0
2.	2.	SZWI	1,1	1,1	1,1 =	1,1
2.	4.	SZWE	1,3	1,3	1,1 ↑	1,0
2.	4.	PDWE	1,3	1,3	1,1 ↑	1,0
2.	2.	SZTR	1,1	1,1	1,1	1,0
3.	4.	PDBE	1,2	1,2	1,2	1,0
3.	6.	RKWE	1,7	1,7	1,2 ↑	k.B.
3.	2.	SZMÜ	1,1	1,2	1,2	1,5
4.	6.	KHBE	1,6	1,6 =	1,6	k.B.

Qualität im Dwb 2018, KFK, 05.09.2018, SMG, Andreas Dietel

Seite 14 von 18

Herzlichen Glückwunsch!



Das **SZKÖ** und das **SZFR** sowie das **SZMÜ** haben in 2018 ihr Zertifikat nach **Diakonie-Siegel Pflege** bestätigt. Das **KHBE** und die **RKTR** werden sich in diesem Jahr noch der Visitation nach **KTQ** stellen.



Qualität im DwB 2018, KFK, 05.09.2018, SMG, Andreas Dietel

Seite 15 von 18

Wie geht es weiter?



- DwB: Zuspitzung des **Risikomanagements** – Sicherstellung der Anforderungen des DSP in allen UB
- DwB: Förderung der **Fachlichkeit** der Mitarbeitenden
- SZ: Projekt M-KIS
- SZ und PD: Bericht ‚2. **Begutachtung zur Systemförderung**‘ - Prüfung der Stärken und Verbesserungspotentiale durch **alle UB**

Qualität im DwB 2018, KFK, 05.09.2018, SMG, Andreas Dietel

Seite 16 von 18



Unser Dank gilt wie immer auch allen
Mitarbeitern in Ihren Betrieben

Qualität im D+G 2018, HFK, 05.09.2018, SMG, Andreas Dietel

Seite 17 von 18



Glaube
und Liebe –
Hoffnung für
Menschen



NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

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

UB/AF	Noten durch die IR in Medizin und Pflege	Benotung durch den MDK
	2017 / 2018	2017 / 2018
SZKÖ	1,0 ↑	1,0 =
SZFR	1,0 ↑	1,0 ↑
SZOE	1,0 =	1,9 ↓
RKTR	1,0 ↑	k.B.
SZLI	1,1	1,1
PDOE	1,1 ↑	1,0 =
SZWI	1,1 =	1,1 ↓
SZWE	1,1 ↑	1,0 =
PDWE	1,1 ↑	1,0 ↑
SZTR	1,1 =	1,0 ↑
PDBE	1,2 ↑	1,0 ↑
RKWE	1,2 ↑	k.B.
SZMÜ	1,2 ↓	1,2 ↑
KHBE	1,6 ↓	k.B.

Legende:

k.B. - Keine Benotung durch MDK vorgesehen

Farbskala der DwB-Schulnotenbewertung

Anhang 4 – Ergebnisse der Mitarbeitende- und Bewohner- / Patientenbefragungen im Verlauf 2015 – 2018

	2015		2017		2018	
	Befragungsart MA- Zufriedenheit	Befragungsart BW / Pat.- Zufriedenheit	Befragungsart MA- Zufriedenheit	Befragungsart BW / Pat.- Zufriedenheit	Befragungsart MA- Zufriedenheit	Befragungsart BW / Pat.- Zufriedenheit
SZKÖ	2,0	2,0	1,7	1,8	2,0	1,8
SZFR	2,0	1,9	2,1	1,9	2,1	1,9
KHBE	2,8	1,8	3,0	1,7	3,0	1,7
SZLI					2,0	1,9
PDBE	2,1	1,9	2,6	2,0	3,0	2,0
SZOE	2,5	1,9	2,4	2,0	2,0	1,9
PDOE	1,7	1,7	1,8	1,9		1,9
SZWI	2,8	2,0	2,3	2,0	2,5	2,2
RKWE	2,1	1,9	2,3	2,2	2,3	2,2
SZWE	2,2	1,9	2,3	1,8	2,6	1,8
PDWE	2,2	1,9	1,8	1,7	1,9	1,8
RKTR	1,8	2,0	2,1	1,8	2,2	1,9
SZTR	1,9	1,9	2,0	2,0	1,9	2,0
SZMÜ	2,1	2,2	2,7	2,2	2,3	2,2

Legende:

Kennzahlvorgabe von n besser gleich 2 erreicht.
Kennzahlvorgabe von n besser gleich 2 nicht erreicht.
Fett: Höchste Zufriedenheit konzernweit.