

**Scheve Management**  
**Geschäftsbereich Produkte**

# **Qualität im Gesundheitswerk Bethel Berlin und seinen Beteiligungen:**

## **Interne Revision in Medizin und Pflege und Managementbewertungen**

**Qualitätsbericht 2019**

Andreas Dietel, Henrike Zander



**GESUNDHEITSWERK  
BETHEL BERLIN**

# Inhalt

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>PRÜFUNGSGRUNDLAGEN .....</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>PRÜFUNGS DURCHFÜHRUNG .....</b>	<b>5</b>
<b>4</b>	<b>PRÜFUNGS ERGEBNISSE IM ÜBERBLICK.....</b>	<b>7</b>
4.1	WOHNLICHKEIT, ORIENTIERUNG .....	7
4.1.1	<i>Bewertung der Ausstattung der Wohnbereiche / Stationen, Außenbereiche / Informationsmittel (Pflegerdienste: Büroräume, Wartezonen) .....</i>	<i>7</i>
4.1.2	<i>Bewertung des Umfeldes der Inaugenschein genommenen Bewohner / Patienten.....</i>	<i>8</i>
4.2	ORDNUNG, SAUBERKEIT .....	9
4.3	KONZEPTE, STANDARDS, MANAGEMENT.....	10
4.3.1	<i>Führungsprozesse .....</i>	<i>10</i>
	Diakonisches Profil .....	10
	Dienstplan / Tourenplan.....	13
	Interne Kommunikation, Einarbeitung neuer Mitarbeitender / Ehrenamtlicher ....	14
	Mitarbeitendengespräche / Teamentwicklung / Ausbildung.....	15
	Fort- und Weiterbildungsmanagement / Literatur.....	16
4.3.2	<i>Qualitätsmanagement.....</i>	<i>17</i>
	Struktur des Qualitätsmanagements / PDCA-Zyklus .....	17
4.3.3	<i>Sicherheit.....</i>	<i>18</i>
	Arbeitsschutz / Brandschutz / Wartungs- und Kontrollsystem / Gebäude- und Geländesicherheit .....	18
	<i>Hygiene .....</i>	<i>19</i>
4.3.4	<i>Leitbilder, Konzepte und Versorgung.....</i>	<i>20</i>
	Leitbilder .....	20
	Konzepte.....	21
4.3.5	<i>Erstkontakt, Erstgespräch, Aufnahme .....</i>	<i>22</i>
4.3.6	<i>Standards und Leitlinien .....</i>	<i>23</i>
	Pflegerischer Bereich.....	23

Ernährungsmanagement .....	25
Medikamentenmanagement .....	25
Geregeltes Notfallmanagement .....	26
4.4 ERGEBNISQUALITÄT: (PFLEGE)-ZUSTAND VON PATIENTEN UND BEWOHNERN .....	27
4.5 ERGEBNISQUALITÄT: ÜBERPRÜFUNG DER MEDIZINISCHEN DOKUMENTATION.....	28
<i>Formale und inhaltliche Führung der medizinischen Dokumentation .....</i>	<i>28</i>
4.6 ZERTIFIZIERUNGEN 2019 NACH DIN EN ISO UND REZERTIFIZIERUNGEN NACH KTQ ..	29
4.7 ERGEBNISSE DER ZERTIFIZIERUNGSAUDITS NACH DIN EN ISO.....	30
4.8 ZENTRALE PROJEKTE ZUR KONZERNENTWICKLUNG 2019 .....	30
4.9 SCHWERPUNKTTHEMEN 2019 – ERGEBNISSE .....	31
4.10 SCHWERPUNKTTHEMEN 2020 .....	33
4.11 DIE PRÜFERGEBNISSE NACH SCHULNOTEN 2017 BIS 2019 IN DER SYNOPSE .....	35
<b>5 MANAGEMENTBEWERTUNGEN IM ÜBERBLICK.....</b>	<b>36</b>
5.1 PATIENTEN- / BEWOHNERORIENTIERUNG.....	36
5.1.1 <i>Kennzahlen der Patienten- / Bewohnerorientierung .....</i>	<i>36</i>
Hohe Kapazitätsauslastung .....	36
Kontrollierte Fallschwere.....	37
5.1.2 <i>Patienten- / Bewohnerbefragung .....</i>	<i>37</i>
5.1.3 <i>Visitenergebnisse .....</i>	<i>38</i>
Durchführung Pflegevisiten.....	38
Verbesserungspotenziale Integrations- und Pflegevisiten .....	39
Audits nach Nationalen Expertenstandards .....	40
Fokussierte Visiten.....	41
5.1.4 <i>Erstkontakt / Erstgespräch / Aufnahmen.....</i>	<i>42</i>
5.1.5 <i>Pflegeaufwendige Patienten- / Bewohnergruppen zum Stichtag 31.</i>	
<i>Dezember .....</i>	<i>42</i>
Pflegeaufwendige Patienten- / Bewohnergruppen zum Stichtag .....	43
5.2 BESCHÄFTIGTENORIENTIERUNG.....	46
5.2.1 <i>Kennzahlen der Beschäftigtenorientierung .....</i>	<i>46</i>
5.2.2 <i>Mitarbeitendengespräche .....</i>	<i>47</i>
5.3 SICHERHEIT .....	47
5.3.1 <i>Arbeitsschutz .....</i>	<i>47</i>
5.3.2 <i>Hygiene.....</i>	<i>48</i>

5.3.3	<i>Lieferantenbewertung</i> .....	48
5.4	QUALITÄTSMANAGEMENT .....	49
5.4.1	<i>Fehlermanagement</i> .....	49
5.4.2	<i>Beschwerdemanagement</i> .....	50
<b>6</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG</b> .....	<b>51</b>
<b>7</b>	<b>AUSBLICK</b> .....	<b>57</b>
	<b>ANHANG</b> .....	<b>58</b>

## 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 sechzehnten 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
- DIN EN ISO 9001:2015
- 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 dienten im Krankenhaus und in den Reha-Kliniken:

- die KTQ-Kataloge (Kooperation und Transparenz für Qualität im Krankenhaus) für das Krankenhaus und die Reha-Kliniken in ihrer aktuellen Fassung
- die Auditcheckliste zum Bundesrahmenhandbuch Diakonie-Siegel Pflege in ihrer aktuellen Fassung
- das MDK-Prüfverfahren
- die Anforderungen für den Qualitätsbericht gem. § 137 SGB V
- Kriterien des diakonischen Profils des 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 2019 folgende Einrichtungen geprüft und deren Daten in den folgenden Tabellen aktualisiert: Seniorenzentrum Bethel Trossingen (SZTR), Seniorenzentrum Bethel Bad Oeynhausen (SZOE), Pflegedienst Bethel Bad Oeynhausen (PDOE) und der Pflegedienst Bethel Berlin (PDBE). Alle anderen Daten stammen jeweils aus den zwei vorangegangenen Jahren (**vgl. Kapitel 4.11 Die Prüfergebnisse nach Schulnoten 2017 bis 2019 in der Synopse**).

## 4 Prüfungsergebnisse im Überblick<sup>1</sup>

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 Wohnlichkeit, Orientierung<sup>2</sup>

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 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** / Informationstafeln etc.
- **Veranstaltungsübersicht**.

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

<sup>2</sup> Pflegedienste: nur Orientierung

	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

#### 4.1.2 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, persönliches Mobiliar, Bettwäsche, Erinnerungsstücke wie Wandschmuck, Bilder, persönliche Fotos) – nicht zutreffend für den ambulanten Pflegedienst (Kriterium zusammengelegt mit K aus 4.1.1)
- 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-	2
SZWI	2+	1-
SZWE	1-	1-
SZTR	1-	1-
SZMÜ	1-	2+

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

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

## 4.2 Ordnung, Sauberkeit

Wie im vorhergehenden Kapitel wird ein weiterer Bereich der Hauswirtschaft in Teilen vorgestellt (Reinigung): 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-	2	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

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	1	1	1	1	1
PDOE	1	1	k.B.	2	1	t.n.z.	1
PDWE	1	1	1	t.n.z.	1	t.n.z.	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 Konfession / Gemeinden	Zimmer - NT	Bibel / Gesangsbuch	Fachliteratur	Aktuelle Literaturliste	Evaluation der Umsetzung des Leitbildes
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZLI	ja	k.B.	ja	ja	ja	ja	k.B.	k.B.	k.B.
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.	k.B.	k.B.
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	VP	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja

	Seelsorgeleitbild	Seelsorger vorhanden	Liste der Pastoren und Pfarrer	Zusammenarbeit Konfession / Gemeinden	Zimmer - NT	Bibel / Gesangsbuch	Fachliteratur	Aktuelle Literaturliste	Evaluation der Umsetzung des Leitbildes
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	VP	ja	ja	ja	t.n.z.	ja	ja	ja	VP
PDOE	ja	k.B.	VP	k.B.	k.B.	VP	ja	ja	k.B.
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	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja
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	t.n.z.	k.B.	ja
PDOE	nein	k.B.	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.
- **Mitarbeitenden** 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	Seelsorgerliche 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	k.B.	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	k.B.	ja	ja	VP	ja	ja	ja	nein
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	ja	ja
PDOE	ja	ja	ja	ja	ja	nein	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	ja	k.B.
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	ja	k.B.	ja	k.B.	k.B.
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	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	k.B.
PDOE	ja	ja	ja	t.n.z.	t.n.z.	k.B.	k.B.
PDWE	ja	VP	ja	t.n.z.	t.n.z.	k.B.	k.B.

### Dienstplan / Tourenplan

Kriterien zur Bewertung der Dienstpläne und zusätzlich in den Pflegediensten die Tourenpläne sind:

- Die **Risiken** der Erfüllung der **Fachkraftquote** in Verbindung mit der **Personalfluktuation** und der richtigen **Qualifizierungen** werden systematisch behandelt.
- Die **Wissenssicherung** bei Austritten (geplant und ungeplant) langjähriger Mitarbeitender sowie die **Fachlichkeit** der Mitarbeitenden wird systematisch betrieben.
- **Sonderzeiten für Praxisanleiter /-innen** (Anleitung, Lernzielbesprechungen, Zwischengespräche, Abschlussgespräche).
- Der Zeitpunkt der **Veröffentlichung** des Dienstplanes soll mindestens **vier Wochen** vor dem **Inkrafttreten** liegen.
- Die **Archivierung des Dienstplanes** beträgt mindestens 10 Jahre.

	Risiken Fachkraftquote, Fluktuation, Qualifikationen	Wissenssicherung / Fachlichkeit	Sonderzeiten Praxisanleitung	Veröffentlichung	Archivierung
<b>SZKÖ</b>	Neu 2019	Neu 2019	ja	ja	ja
<b>SZFR</b>	Neu 2019	Neu 2019	ja	ja	ja
<b>SZLI</b>	Neu 2019	Neu 2019	ja	nein	ja
<b>SZOE</b>	ja	VP	ja	ja	nein
<b>SZWI</b>	Neu 2019	Neu 2019	ja	ja	ja
<b>SZWE</b>	Neu 2019	Neu 2019	ja	ja	ja
<b>SZTR</b>	ja	k.B.	ja	ja	k.B.
<b>SZMÜ</b>	Neu 2019	Neu 2019	ja	ja	ja

<b>KHBE</b>	Neu 2019	Neu 2019	ja	ja	k.B.
<b>RKWE</b>	Neu 2019	Neu 2019	k.B.	k.B.	k.B.
<b>RKTR</b>	Neu 2019	Neu 2019	ja	ja	ja

<b>PDBE</b>	ja	nein	nein	ja	nein
<b>PDOE</b>	nein	nein	ja	ja	ja
<b>PDWE</b>	Neu 2019	Neu 2019	ja	ja	k.B.

### Interne Kommunikation, Einarbeitung neuer Mitarbeitender / Ehrenamtlicher

Folgende Kriterien werden geprüft:

- Besprechungen werden systematisch **organisiert** (Benennung Verantwortlicher, Tagesordnung mit Ergänzungsmöglichkeiten durch Teilnehmer, zeitnah (Zeitraum festgelegt) erstellte Protokolle, Maßnahmenplan mit Ergebnisüberprüfung (wer, was bis wann)).
- 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).

	Organisation der Besprechungen	Einarbeitung neuer Mitarbeiter	Einarbeitung Ehrenamtlicher
<b>SZKÖ</b>	Neu 2019	ja	ja
<b>SZFR</b>	Neu 2019	ja	ja
<b>SZLI</b>	Neu 2019	ja	ja
<b>SZOE</b>	ja	ja	ja
<b>SZWI</b>	Neu 2019	ja	ja
<b>SZWE</b>	Neu 2019	ja	ja
<b>SZTR</b>	ja	ja	ja
<b>SZMÜ</b>	Neu 2019	ja	ja

<b>KHBE</b>	Neu 2019	ja	t.n.z.
<b>RKWE</b>	Neu 2019	ja	k.B.
<b>RKTR</b>	Neu 2019	ja	ja

<b>PDBE</b>	ja	ja	t.n.z.
<b>PDOE</b>	ja	ja	t.n.z.
<b>PDWE</b>	Neu 2019	ja	ja

### Mitarbeitendengespräche / Teamentwicklung / Ausbildung

Folgende Kriterien werden geprüft:

- **Mitarbeitendengespräche** finden regelmäßig und systematisch geplant statt (Termin, Vorbereitung, Themen, Zielvereinbarungen) – vollständige Umsetzung innerhalb der Unternehmensbeteiligungen.
- **Maßnahmen zur Teamentwicklung**, wie zur Verringerung von betrieblich bedingten Belastungen (z. B. Fehlzeitengespräch, Teamentwicklungsgespräch, Kollegiale Beratung, Supervision) oder zur Befähigung der Mitarbeitenden zu einem eigenverantwortlichen, gesundheitsbewussten Verhalten werden regelmäßig im Zuge von systematischen Befragungen und Audits geprüft und, wenn notwendig, angeboten.
- Die **Auszubildenden** werden **systematisch begleitet** (Ressourcen vorhanden, Lernziele, Reflexionsgespräche, Überprüfung des Erfolges zur Weiterentwicklung des Konzeptes, Informations- und Erfahrungsaustausch mit der Ausbildungsstätte).
- Anzahl der Auszubildenden in den Unternehmen.
- Die Unternehmen haben sich auf die neue Ausbildung der Generalistik vorbereitet und die Anforderungen umgesetzt (z.B. Vernetzung, Anzahl Praxisanleitende usw.)

	Mitarbeiter- gespräche	Maßnahmen der Teamentwick- lung	Systematische Begleitung der Auszubildenden	Anzahl Auszubildender	Vorbereitung / Umsetzung Generalistik (2020)
<b>SZKÖ</b>	k.B.	k.B.	ja	Neu 2019	Neu 2019
<b>SZFR</b>	ja	k.B.	ja	Neu 2019	Neu 2019
<b>SZLI</b>	ja	ja	t.n.z.	Neu 2019	Neu 2019
<b>SZOE</b>	ja	ja	ja	4	ja
<b>SZWI</b>	ja	ja	ja	Neu 2019	Neu 2019
<b>SZWE</b>	ja	VP	ja	Neu 2019	Neu 2019
<b>SZTR</b>	ja	ja	ja	8	ja
<b>SZMÜ</b>	ja	ja	VP	Neu 2019	Neu 2019
<b>KHBE</b>	k.B.	ja	ja	Neu 2019	Neu 2019
<b>RKWE</b>	ja	ja	ja	Neu 2019	Neu 2019
<b>RKTR</b>	ja	ja	k.B.	Neu 2019	Neu 2019
<b>PDBE</b>	ja	VP	ja	keine	ja
<b>PDOE</b>	ja	ja	ja	keine	k.B.
<b>PDWE</b>	ja	k.B.	ja	Neu 2019	Neu 2019

### 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).
- Ein **Wissensselbsttest** für Mitarbeitende ist eingeführt.
- **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.
- Das **E-Learning** als ergänzendes oder unterstützendes Fortbildungsangebot ist etabliert.
- 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	Wissensselbsttest	FB-Pläne für alle Bereiche	Pflichtfortbildungen	Fortbildungspunkte (Registrierung beruflich Pfleger, Landesärztekammer)	E-Learning	Teilnahme wird überprüft	Evaluation des Erfolges	Fachbücher / Fachzeitschriften / Umlauf
SZKÖ	ja	Neu 2019	ja	ja	nein	Neu 2019	VP	ja	ja
SZFR	ja	Neu 2019	ja	ja	nein	Neu 2019	ja	ja	ja
SZLI	nein	Neu 2019	nein	nein	nein	Neu 2019	ja	nein	nein
SZOE	ja	nein	ja	ja	nein	nein	ja	k.B.	VP
SZWI	ja	Neu 2019	ja	ja	nein	Neu 2019	ja	ja	k.B.
SZWE	ja	Neu 2019	ja	ja	k.B.	Neu 2019	ja	ja	k.B.
SZTR	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	VP	VP
SZMÜ	ja	Neu 2019	ja	ja	nein	Neu 2019	ja	ja	ja
KHBE	ja	Neu 2019	ja	ja	nein	Neu 2019	ja	VP	nein
RKWE	ja	Neu 2019	ja	ja	ja	Neu 2019	ja	ja	ja
RKTR	ja	Neu 2019	ja	ja	nein	Neu 2019	ja	ja	ja
PDBE	ja	nein	VP	VP	nein	nein	ja	VP	ja
PDOE	ja	nein	ja	ja	nein	nein	ja	nein	VP
PDWE	ja	Neu 2019	ja	ja	nein	Neu 2019	ja	ja	k.B.

### 4.3.2 Qualitätsmanagement

#### Struktur des Qualitätsmanagements / PDCA-Zyklus

- **Ideenmanagement** erfolgt systematisch (Eingaben, Auswahl innerhalb einer Kommission, Kommunikation usw.).
- Die **Audits** sind aktuell – beispielsweise sind Soll-/Ist-Vergleich bei Pflegevisiten deckungsgleich; Gefährdungsbeurteilungen, fokussierte Visiten, Prüfungen ortsveränderlicher elektrischer Geräte, Datenschutz etc. sind weitere Beispiele für Audits, die im Rahmen der Planungen aktuell sein müssen.
- Eine **Stellenbeschreibung** für die QMB liegt vor.
- Ein **Qualitätsmanagementhandbuch** (QMH) wurde erstellt und entspricht den Anforderungen des Qualitätsmanagementsystems.
- 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**. Maßnahmen werden auf ihre Wirksamkeit hin überprüft (z.B.: Schulungsmaßnahmen im Rahmen der Expertenstandards und ihrer Auswirkungen auf die Versorgung der Betreuten)
- Risiken werden im Rahmen des **Risikomanagements** aufgeführt und in den Matrices der Managementbewertung analysiert.
- Aktuelle Risiken werden in Form eines Risikoranking dargestellt (auch möglich: außerhalb der Managementbewertung) und nach durchgeführten Maßnahmen regelmäßig aktualisiert.
- Risiken werden mit allen relevanten Stellen intern kommuniziert und transparent dargestellt.

	Ideenmanagement	Aktuelle Audits (Soll-/Ist-Planungen erfüllt?)	Stellenbeschreibung QMB	QMH	Planung der Audits, Visiten, Qualitätszirkel etc. sowie Maßnahmenpläne vorhanden?	Sind Risiken aufgeführt und in den Matrices der M-Bewertung bewertet?	Risikorange und Aktualisierung	Risiken: Kommunikation / Transparenz
<b>SZKÖ</b>	Neu 2019	neu 2019	ja	ja	ja	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019
<b>SZFR</b>	Neu 2019	Neu 2019	ja	ja	ja	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019
<b>SZLI</b>	Neu 2019	Neu 2019	k.B.	ja	ja	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019
<b>SZOE</b>	k.B.	ja	ja	ja	ja	ja	VP	ja
<b>SZWI</b>	Neu 2019	Neu 2019	ja	ja	ja	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019
<b>SZWE</b>	Neu 2019	Neu 2019	ja	ja	ja	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019
<b>SZTR</b>	k.B.	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
<b>SZMÜ</b>	Neu 2019	Neu 2019	ja	ja	ja	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019
<b>KHBE</b>	Neu 2019	Neu 2019	k.B.	VP	k.B.	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019
<b>RKWE</b>	Neu 2019	Neu 2019	ja	ja	ja	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019
<b>RKTR</b>	Neu 2019	Neu 2019	ja	ja	ja	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019
<b>PDBE</b>	ja	VP	ja	ja	ja	VP	VP	VP
<b>PDOE</b>	ja	k.B.	ja	ja	ja	nein	nein	nein
<b>PDWE</b>	Neu 2019	Neu 2019	ja	ja	ja	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019

### 4.3.3 Sicherheit

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

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

- **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**.
- **Teilnahme** (TN) an Pflichtschulungen wird **überprüft**.
- **Umgang mit dem Eigentum** der Betreuten (Schubladen, Schließfächer, Wert-sachendokumentation, Nachlass etc.)
- **Umgang mit Eigentum** von Fremdfirmen (z.B. Reinigungswagen, Hilfsmitteln etc.)
- **Risikomanagement:** Risiken im Bereich der Sicherheit und in allen relevanten Bereichen (z.B. im Umgang mit Veränderungen von Rahmenbedingungen) sind identifiziert.
- Aus **Auditergebnissen** werden geeignete Maßnahmen abgeleitet.

	Ausschüsse	Bestandsverzeichnis	Überprüfungen	Flucht- / Rettungs-pläne	Teilnahme wird über-prüft	Umgang mit Eigentum der Betreuten	Umgang mit Eigentum von Fremdfirmen	Risikomanagement	Auditergebnisse: Ableitung geeigneter Maßnahmen
SZKÖ	VP	ja	ja	ja	ja	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019
SZLI	ja	nein	VP	ja	VP	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	VP	k.B.
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019
KHBE	k.B.	ja	ja	ja	VP	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019
RKWE	ja	ja	ja	ja	ja	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019
RKTR	ja	ja	ja	ja	ja	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019
PDBE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	t.n.z.	k.B.	k.B.
PDOE	ja	VP	ja	k.B.	ja	ja	t.n.z.	VP	k.B.
PDWE	ja	ja	ja	ja	ja	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019

## 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.

- **Struktur** zum Hygienemanagement ist vorhanden (Hygienebeauftragter, Begehungsplanung, Hygienekommission, Protokolle, Leitfaden).
- Regelmäßige **Begehungen** / Überprüfungen finden statt.
- Teilnahme (TN) an **Pflichtschulungen** wird überprüft.
- **Hygienepläne** sind aktuell und werden **ausgehängt**.
- **Frisches Bettzeug / Bett**.
- **Kleidung der Betreuten (frische, Sauberkeit)**.
- **Umgang mit Arbeitsmitteln / Lagerung Sterilgut / Kleidung der Mitarbeitenden**.

	Struktur zum Hygiene-management	Begehungen	TN an Pflichtschulungen wird überprüft	Hygienepläne werden ausgehängt	Frisches Bettzeug / Kleidung der Betreuten	Arbeitsmittel, Sterilgut, Kleidung
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	Neu 2019	Neu 2019
SZFR	ja	ja	ja	ja	Neu 2019	Neu 2019
SZOE	ja	ja	ja	ja	1-	1-
SZWI	ja	ja	ja	ja	Neu 2019	Neu 2019
SZWE	ja	VP	k.B.	ja	Neu 2019	Neu 2019
SZTR	ja	ja	ja	ja	1	1
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	Neu 2019	Neu 2019

	Struktur zum Hygiene-management	Begehungen	TN an Pflichtschulungen wird überprüft	Hygienepläne werden ausgehängt	Frisches Bettzeug / Kleidung der Betreuten	Arbeitsmittel, Sterilgut, Kleidung
KHBE	ja	ja	VP	ja	Neu 2019	Neu 2019
RKWE	ja	ja	ja	ja	Neu 2019	Neu 2019
RKTR	ja	ja	ja	ja	Neu 2019	Neu 2019
PDBE	ja	ja	ja	ja	1	1
PDOE	ja	ja	ja	ja	1	1
PDWE	ja	ja	ja	ja	Neu 2019	Neu 2019

### 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.

- Während der **Teamsitzungen, Fortbildungen** und zur **Einführung** neuer Mitarbeitenden werden die Leitbilder thematisiert.
- In allen Einrichtungen - auf **Wohnbereichen** und **Stationen** - **hängen die Leitbilder aus.**

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

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

PDBE	k.B.	ja
PDOE	ja	ja
PDWE	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
SZKÖ	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja
SZLI	nein	VP	VP
SZOE	VP	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja
SZTR	ja	k.B.	ja
SZMÜ	ja	ja	ja

	Pflegekonzept	Hauswirtschaftskonzept	Konzept der Sozialen Betreuung
KHBE	k.B.	k.B.	ja
RKWE	k.B.	k.B.	k.B.
RKTR	ja	ja	ja

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

#### 4.3.5 Erstkontakt, Erstgespräch, Aufnahme

- **Aufnahmeplanung** – Vorbereitung, Abstimmung mit künftigen Betreuten / Angehörigen / Bezugspersonen - Durch **Vorabinformationen** (Erstkontakt, 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.
- **Bereichsübergreifendes Aufnahmemanagement:** Am Tag der Aufnahme sind alle notwendigen Vorbereitungen für eine reibungslose Aufnahme abgeschlossen. Der Wohnbereich / die Station ist informiert (Pflegedienst, Arzt, Hauswirtschaft, Sozialdienst, Soziale Betreuung, Therapeutischer Dienst, Techniker).
- **Risikoermittlung** am Aufnahmetag – alle notwendigen Informationen (z.B. gemäß Leitlinien und Expertenstandards) werden erhoben und weitergeleitet.
- **Beratung** im Rahmen der Aufnahme / während des **Aufenthaltes** (Finanzierung, Risiken, Vollmachten / Verfügungen, Entlassplanung, Reha-Anschlussbehandlung etc.).

	Aufnahmeplanung	Aufnahmemanagement	Risikoermittlung	Beratung
SZKÖ	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019
SZFR	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019
SZLI	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019
SZOE	ja	ja	ja	k.B.
SZWI	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019
SZWE	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019
SZTR	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019

	Aufnahmeplanung	Aufnahmemanagement	Risikoermittlung	Beratung
<b>KHBE</b>	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019
<b>RKWE</b>	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019
<b>RKTR</b>	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019

<b>PDBE</b>	VP	t.n.z.	ja	ja
<b>PDOE</b>	ja	t.n.z.	VP	k.B.
<b>PDWE</b>	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019

### 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
<b>SZKÖ</b>	ja	ja	t.n.z.	t.n.z.
<b>SZFR</b>	ja	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
<b>SZLI</b>	VP	k.B.	t.n.z.	t.n.z.
<b>SZOE</b>	ja	k.B.	t.n.z.	t.n.z.
<b>SZWI</b>	k.B.	k.B.	t.n.z.	t.n.z.
<b>SZWE</b>	ja	k.B.	t.n.z.	t.n.z.
<b>SZTR</b>	ja	ja	t.n.z.	t.n.z.
<b>SZMÜ</b>	ja	k.B.	t.n.z.	t.n.z.

<b>KHBE</b>	ja	t.n.z.	ja	ja
<b>RKWE</b>	ja	ja	t.n.z.	t.n.z.
<b>RKTR</b>	ja	t.n.z.	VP	VP

<b>PDBE</b>	ja	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
<b>PDOE</b>	ja	ja	t.n.z.	t.n.z.
<b>PDWE</b>	ja	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.

### Pflegerischer Bereich

Folgende Kriterien werden überprüft:

- **Vollständigkeit** der Nationalen Expertenstandards (**NES**).
- Einrichtungsindividuell erstellte **Pflegestandards** zur Behandlungspflege.
- Evaluation der Pflegestandards durch regelmäßige **Pflegevisiten**.
- **Integrationsvisiten** werden bei allen neuen Bewohnern/Patienten gemäß Verfahrensweisung des Gesundheitswerkes Bethel Berlin durchgeführt.

- **Audits** nach Empfehlung des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP).
- **Fokussierte Visiten** werden durchgeführt.
- Das neue 2017 erarbeitete **Pflegevisitenprotokoll** wurde an die **einrichtungsspezifischen** Bedürfnisse angepasst.
- Umsetzung der **Strukturierte Informationssammlung (SIS)** und **des Neuen Begutachtungsinstruments (NBI)** (nicht im ambulanten Bereich) und Ableitung eines **tagesstrukturierenden Maßnahmenplans** – Umsetzung und Qualität - ist erfolgt (gilt nicht für Kliniken).
- Eine **Übersicht** der Betreuten mit **pflegerischen Risiken** liegt vor (gilt nicht für Kliniken).
- **Beratungen** aller Betreuten mit pflegerischen Risiken können quantitativ und qualitativ nachvollzogen werden.

	Vollständigkeit NES	Pflegestandards	Pflegevisiten	Integrationsvisiten	Audit nach NES	Fokussierte Visiten	Pflegevisitenprotokoll einrichtungsspezifisch
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	Neu 2019
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	Neu 2019
SZLI	ja	VP	ja	ja	ja	ja	Neu 2019
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	k.B.	k.B.	ja	ja	ja	ja	Neu 2019
SZWE	k.B.	ja	ja	k.B.	ja	ja	Neu 2019
SZTR	k.B.	ja	ja	ja	ja	nein	nein
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	Neu 2019

KHBE	ja	ja	ja	t.n.z.	ja	ja	Neu 2019
RKWE	VP	ja	ja	t.n.z.	ja	ja	Neu 2019
RKTR	ja	ja	ja	t.n.z.	ja	ja	Neu 2019

PDBE	VP	ja	VP	ja	ja	t.n.z.	ja
PDOE	VP	ja	ja	VP	nein	t.n.z.	ja
PDWE	ja	ja	ja	ja	ja	t.n.z.	Neu 2019

	Umsetzung und Anwendung SIS und NBI	Übersicht Betreute mit pflegerischen Risiken	Beratung
SZKÖ	Neu 2019	Neu 2020	Neu 2021
SZFR	Neu 2019	Neu 2020	Neu 2021
SZLI	Neu 2019	Neu 2020	Neu 2021
SZOE	ja	k.B.	VP
SZWI	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019
SZWE	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019
SZTR	VP	ja	VP
SZMÜ	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019

KHBE	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019
RKWE	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019
RKTR	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019

PDBE	ja	ja	VP
PDOE	ja	k.B.	VP
PDWE	Neu 2019	Neu 2019	Neu 2019

## Ernährungsmanagement

Zur Speiseversorgung werden folgende Kriterien bewertet, die für den ambulanten 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	k.B.	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja
SZTR	k.B.	ja	k.B.
SZMÜ	k.B.	ja	ja

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

## Medikamentenmanagement

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

- Eine **Verfahrensanweisung** liegt vor und ist geeignet
- Werden Medikamente in allen Stationen/Wohnbereichen in **abgeschlossenen Schränken aufbewahrt** / bei Bedarf im **Medikamentenkühlschrank** gelagert?
- Eine **namentliche Kennzeichnung** aller Medikamente und bewohnerbezogenen Verbandsstoffe ist, wenn erforderlich, erfolgt.
- **Entsprechen die gestellten Medikamente** denen, die der Arzt **angeordnet** hat?

- Die BTM werden ausschließlich im **BTM-Buch** geführt und ausgetragen. Die **Dokumentation** stimmt mit dem Bestand und den Verordnungen von BTM überein.

	VA	Med.-Schränke abschließbar / Lagerung Medikamentenkühlschränke	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	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	VP
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja
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.	k.B.	t.n.z.
PDOE	ja	t.n.z.	t.n.z.	ja	t.n.z.
PDWE	VP	ja	ja	ja	t.n.z.

### Geregeltes Notfallmanagement

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

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

	VA	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	k.B.	nein
SZWI	VP	ja	k.B.	VP
SZWE	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	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	k.B.
PDOE	ja	ja	ja	k.B.
PDWE	ja	ja	k.B.	ja

#### 4.4 Ergebnisqualität: (Pflege)-Zustand von Patienten und Bewohnern

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

##### Direkte Pflege – Gesamtbewertung des Patienten / Bewohners durch die Auditoren (ambulant: Bewertung nur, wenn Leistung erbracht wird):

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

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

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

Die Bewertung erfolgt im Schulnotensystem:

	Direkte Pflege / Gesamtbewertung Auditoren	Zufriedenheit
<b>SZKÖ</b>	1	1-
<b>SZFR</b>	1-	1-
<b>SZLI</b>	1-	1-
<b>SZOE</b>	1	1-
<b>SZWI</b>	1-	1-
<b>SZWE</b>	1-	1-
<b>SZTR</b>	1-	1-
<b>SZMÜ</b>	1	1

<b>KHBE</b>	1-	1-
<b>RKWE</b>	1	1-
<b>RKTR</b>	1-	1-

<b>PDBE</b>	1-	1-
<b>PDOE</b>	1-	2+
<b>PDWE</b>	1	1

#### **4.5 Ergebnisqualität: Überprüfung der medizinischen Dokumentation**

##### **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	1-	2
SZWI	2	1-
SZWE	1-	2
SZTR	1	1
SZMÜ	1	1

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

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

#### 4.6 Zertifizierungen 2019 nach DIN EN ISO und Rezertifizierungen nach KTQ

Seit 2010 sind alle Einrichtungen des GwB nach Diakonie-Siegel Pflege (**DSP**), DIN EN ISO 9001:2015 bzw. Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (**KTQ**) zertifiziert.

Für alle Seniorenzentren und Pflegedienste (im Folgenden **SZ** und **PD**) wurde 2019 erstmalig das Managementsystem nach DIN EN ISO 9001:2015 im Stichprobenverfahren zertifiziert. Die Seniorenzentren SZWE, SZWI und SZLI und die Pflegedienste PDWE und PDBE bestanden erfolgreich in diesem Jahr die Erstbegutachtung nach DIN EN ISO 9001:2015. Alle Ergebnisse zur Zertifizierung sind im Bericht zur „**Erstbegutachtung DIN EN ISO 9001:2015**“ nachzulesen. Der Bericht wurde im Internet veröffentlicht<sup>3</sup>. Der bewährte Qualitätsmanagementhandbuchaufbau nach dem Diakonie-Siegel Pflege bleibt in den Einrichtungen bestehen.

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

Das KHBE, die RKTR und die RKWE haben sehr erfolgreich ihre KTQ-Zertifizierung im Herbst 2018 bzw. Frühjahr 2019 verteidigt.

Die Termine für den neuen Zertifizierungszyklus 2020 werden mit allen Beteiligten vereinbart und betreffen die Scheve Management GmbH, die Seniorenzentren SZLI, SZOE und SZTR sowie den PDOE und PDBE.

#### **4.7 Ergebnisse der Zertifizierungsaudits nach DIN EN ISO**

Die Auditoren von proCumCert (pCC) stellen fest, dass das Managementsystem in den Einrichtungen des GwB den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2015 entspricht. Es wurden keine Abweichungen festgestellt.

Die Auditoren konnten bestätigen, dass das QM in der täglichen Arbeit gelebt und die Instrumente und Methoden des QM professionell angewandt werden.

Es wurden in allen geprüften Einrichtungen Stärken und Verbesserungspotentiale identifiziert und in dem Bericht „Erstbegutachtung DIN EN ISO 9001:2015“ festgehalten.

Ein einrichtungsübergreifendes Verbesserungspotential ist die stärkere Betrachtung und Priorisierung der interessierten Parteien. Denn diese haben mit ihren Erfordernissen und Erwartungen eine (potentielle) Auswirkung auf die Einrichtung. Die Konzentration sollte hierbei auf den unmittelbaren interessierten Parteien und die damit verbundenen Chancen und Risiken liegen.

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

#### **4.8 Zentrale Projekte zur Konzernentwicklung 2019**

Für das vierte Quartal 2019 sind drei zentrale Projekte zur Konzernentwicklung im Bereich des Qualitätsmanagement geplant:

##### **Zentrale Projekttag - Qualitätsmanagementhandbuch**

Im Rahmen der Internen Revisionen und Rezertifizierungen kam es in diesem Jahr verstärkt zu einem fachlichen Austausch bezüglich des Umfangs der QMH. Das bis vor kurzem angewandte DSP verlangte die fast vollständige Verschriftlichung der Prozesse. Durch die Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015 ab 2019 ist eine neue

Grundlage und ein neuer Ansatz möglich geworden. Von der Norm wird proklamiert, dass die Einrichtungen die Prozesse festlegen, die für das QM-System notwendig sind und im Handbuch abgebildet werden. Diese Festlegung wird gemeinsam mit allen UB im Rahmen des Projekttag in der zweiten Jahreshälfte 2019 stattfinden.

### **Zentrale Projekttag – Anwendertage M-KIS**

Im Rahmen der Pflegedokumentationsprüfungen in den Seniorenzentren und der damit verbundenen Einsichtnahme in M-KIS wurde festgestellt, dass M-KIS teilweise sehr unterschiedlich angewendet wird. Jede Einrichtung hat im Laufe der Anwendung individuelle Wege festgelegt. Nicht immer ist der gewählte Weg effizient oder entspricht den bethelweiten Vorgaben. Im Rahmen des kollegialen Austauschs und durch den Softwareanbieter präsentierte Anwendungsmöglichkeiten wird perspektivisch eine homogenere Anwendung forciert.

### **Zentraler Projekttag – Konventionen**

Während der Revisionen und Zertifizierungsaudits der letzten Jahre fiel auf, dass die zuletzt 2010 festgelegten Konventionen in den Einrichtungen des GwB zunehmend unscharf dargestellt werden. Darüber hinaus haben sich die Rahmenbedingungen / Anforderungen (Qualitätsprüfrichtlinien (QPR), Neues Begutachtungsinstrument (NBI), Strukturierte Informationssammlung (SIS), zunehmender Fachkräftemangel, Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen der Krankenhäuser, Zertifizierung nach DIN EN ISO etc.) geändert und einige Punkte müssen überprüft werden.

Neben den genannten Projekttagen findet derzeit in gemeinsamer Abstimmung mit dem Anbieter des elektronischen Dokumentationssystems M-KIS ein Sollkonzeptionsentwicklung und Softwareimplementierung hinsichtlich der ab Oktober 2019 geltenden Qualitätsprüfrichtlinien (QPR) und ihrer Qualitätsindikatoren statt.

## **4.9 Schwerpunktthemen 2019 – Ergebnisse**

In diesem Jahr standen im GwB die Schwerpunkte des **risikobasierten Ansatzes bzw. des Risikomanagement, Stärkung der Fachlichkeit, die Zertifizierung des Fortbildungsplanes** durch die Stelle der Registrierung beruflich Pflegender (RbP®), **die Umsetzung der strukturierten Informationssammlung (SIS) und Pflegevisiten** im Fokus der Internen Revisionen, Begutachtungen im Rahmen der Systemförderung und Zertifizierungen.

Im Bereich der **Darstellung und Umsetzung des risikobasierten Ansatzes** haben die Einrichtungen einen unterschiedlichen Umsetzungsgrad erreicht. Beispielsweise ist das Risikomanagement im SZTR bereits fest implementiert. Der Fokus liegt auf den wesentlichen Risiken und nach der Maßnahmenumsetzung erfolgt eine Neubewertung des Risikopotentials. Darüber hinaus fließen die Chancen und Risiken in die Zielvereinbarungsgespräche der Leitungskräfte ein.

In anderen Einrichtungen befindet sich das Risikomanagement im Aufbau. So folgt das Risikomanagement beispielsweise noch nicht durchgängig der Logik des „PDCA“-Zyklus und die Wirksamkeit des Risikomanagements wird in der Managementbewertung nicht bzw. nur ansatzweise reflektiert (z.B. PDOE, PDBE, SZLI). Darüber hinaus fehlt eine Neubewertung nach Maßnahmenumsetzung (z.B. PDBE). Außerdem müssen die Einrichtungen darauf achten, die Risiken nicht zu kleinteilig zu betrachten (z.B. PDBE).

Im Bereich der **Wissenssicherung und der Stärkung der Fachlichkeit** bietet sich ein heterogenes Bild in den begangenen Einrichtungen. Im SZTR ist seit Januar 2019 der **E-Learning** Anbieter CNE fest implementiert und Fortbildungen werden gezielt und mitarbeiterbezogen geplant. Neben Wissensselbsttests und Expertenrat stellt CNE umfangreiche Fachliteratur zur Verfügung. In anderen Einrichtungen ist die Einführung von E-Learning, Wissensselbsttests für 2019 bzw. Anfang 2020 geplant (z.B. PDOE, SZOE, PDBE).

Die **Registrierung beruflich Pflegender** und die damit verbundene **Zertifizierung des Fortbildungsplanes** hat in allen Einrichtungen in der Zwischenzeit bereits begonnen oder wird im kommenden Jahr umgesetzt (KHBE, SZWI).

Die **Strukturierte Informationssammlung (SIS®)** ist in allen Seniorenzentren und Pflegediensten eingeführt. Viele der eingesehene SIS sind bereits kurz und knapp gehalten und die biografische Daten sind integriert (z.B. SZTR, SZOE), die erfassten Risiken sind gut nachvollziehbar den Themenfeldern zugeordnet (z.B. PDBE) und die Maßnahmenplanungen für die Betreuten sind handlungsorientiert angelegt.

Verbesserungspotential gibt es bei der Dokumentation der wörtlich zitierten Aussagen der Betreuten in den Themenfeldern der SIS®. Die „fachliche Einschätzung“ der Fachkräfte dominieren immer noch die die Themenfelder, ohne dass es zwischen Betreuten und Fachkraft zu einem gemeinsam abgestimmten Pflegeprozess kommt.

Die Risikoerfassung über die SIS® erfolgt in den Einrichtungen zuverlässig, jedoch muss die Beratung sowohl zu festgestellten Risiken als auch zu allgemeinen pflegerelevanten Situationen nachweislich erfolgen.

In allen Einrichtungen werden **Pflegevisiten** durchgeführt und als feste Kennzahl analysiert. Die Pflegevisiten werden in den Einrichtungen zeitnah, strukturiert und excelbasiert ausgewertet (z.B. SZTR, SZOE), dadurch können pflegerische Risiken erkannt und Maßnahmen zur Regulierung getroffen werden.

Teilweise lässt sich eine konsequente und strukturierte Auswertung der Pflegevisiten noch nicht umfassend feststellen (z.B. PDOE, PDBE).

Die Visitenergebnisse sind für die Leitungskräfte einsehbar und in der Auswertung auf die einzelnen Wohnbereiche heruntergebrochen (z.B. SZOE).

#### **4.10 Schwerpunktthemen 2020**

Ein wesentliches Schwerpunktthema im kommenden Jahr ist die weitere Zuspitzung des **risikobasierten Ansatzes** bzw. des **Risikomanagements**. Alle Einrichtungen müssen die wesentlichen Risiken und Chancen abgebildet, bewertet und mit Maßnahmen hinterlegen. Es muss zudem erkennbar sein, dass nach Maßnahmenumsetzungen regelmäßig Neubewertungen erfolgen. In den Managementbewertungen der Einrichtungen muss in diesem Sinne die **Wirksamkeit** des Risikomanagements bewertet werden.

Die **Förderung der Fachlichkeit der Mitarbeitenden** bleibt ebenso Schwerpunktthema. 2020 liegen in diesem Themenbereich die Anwendung des E-Learning, der Stand der Registrierung beruflich Pflegender, die Implementierung von Wissensselbsttests sowie die Wissenssicherung im Mittelpunkt. Zudem tritt ab 2020 die neue generalistische Pflegeausbildung in Kraft. Die praktische Umsetzung und in diesem Zusammenhang die ersten Erfahrungen werden im Rahmen der Internen Revision thematisiert.

In allen Seniorenzentren und Pflegediensten ist die **Umsetzung der Strukturierten Informationssammlung** weiter im Blickfeld der Internen Revisionen. Insbesondere werden hier die Umsetzung des Pflegeregelkreises bezüglich der schlüssigen Verknüpfung von der Strukturierten Informationssammlung und der Risikoerhebung, der

Maßnahmenplanung, die individuelle Evaluationsplanung und die Umsetzung der Evaluation im Mittelpunkt stehen.

Die Seniorenzentren müssen ab Oktober 2019 die **indikatorengestützten Verfahren nach § 113 Absatz 1a SGB XI** im Rahmen der Einführung der neuen Qualitätsprüfrichtlinien (QPR) umsetzen. Ziel ist es im GwB, die Indikatoren im Pflegeprozess über M-KIS erheben zu können und zum jeweiligen Stichtag die Übermittlung der Datensätze aller Betreuten über entsprechende Schnittstellen zwischen M-KIS und der Datenauswertungsstelle (DAS) sicher zu stellen. Die Erfahrungen der Einrichtungen mit der Datenübermittlung sowie mit der neuen Qualitätsprüfrichtlinie (QPR) werden im Rahmen der Internen Revision 2020 reflektiert.

In den Rehakliniken findet ein Austausch hinsichtlich des Umsetzungsstandes **M-KIS / Shiva** statt.

Die im Rahmen der oben beschriebenen zentralen Projekttag (siehe Kapitel 4.8) in der zweiten Jahreshälfte 2019 (**Qualitätsmanagementhandbuch** und **Konventionen**) für Seniorenzentren und Pflegedienste getroffenen Festlegungen werden hinsichtlich ihrer Implementierung ebenso überprüft.

Ein weiteres Thema der Internen Revisionen in Medizin und Pflege, Wirtschaft und Finanzen sowie Gebäudemanagement wird das neu geschaffene und in 2020 einzuführende **Compliance Management-System** sein. Im Jahr 2019 wurden vorbereitende Arbeitsgruppen sowie Befragungen in zwei Piloteinrichtungen durchgeführt.

### 4.11 Die Prüfergebnisse nach Schulnoten 2017 bis 2019 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. 2019	Pos. 2018	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		
				17	18	19	17	18	19	17	18	19	17	18	19	17	18	19	17	18	19	17	18	19				
1.	1.	SZKÖ	19.04.-20.04.2017	1 -	1 -	1 -	1	1	1	1 -	1 -	1 -	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,0	1,0	1,0	03.12.2018	1,1
1.	1.	SZFR	08.03.-09.03.2017	1	1	1	1	1	1	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1,0	1,0	1,0	06.03.2019	1,0
1.	1.	RKTR	01.02. - 02.02.2017	1	1	1	1	1	1	1 -	1 -	1 -	1	1	1	1	1	1	1 -	1 -	1 -	1 -	1,0	1,0	1,0		k.B.	
2.	2.	SZLI	14.03.-16.03.2018		1	1		1	1		k.B.	k.B.		1 -	1 -		1	1		1-2	1-2		1,1	1,1	1,1	21.01.2019	1,7	
2.	2.	SZWI	11.04. -12.04.2018	1 -	1 -	1 -	1	1	1	2	1-2	1-2	1	1	1	1	1	1	1	1-2	1-2	1,1	1,1	1,1	1,1	03.04.2018	1,1	
2.	2.	SZWE	30.01.-31.01.2018	1	1	1	1	1	1	1-2	1-2	1-2	1-2	1 -	1 -	1	1	1	2 +	1-2	1-2	1,3	1,1	1,1	1,1	08.04.2019	1,1	
2.	2.	PDWE	21.02. 22.02.2018	1	1	1	1	1	1	2	2 +	2 +	1-2	1 -	1 -	1 -	1	1	1-2	1 -	1 -	1,3	1,1	1,1	1,1	03.06.2019	1,4	
2.	2.	SZTR	19.02.-20.02.2019	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	1,1 =	29.07.2019	1,0	
3.	1.	SZOE	12.03.-13.03.2019	1 -	1 -	k.B.	1 -	1 -	1	1	1	1-2	1	1	1-2	1	1	1	1 -	1 -	1 -	1 -	1,0	1,0	1,2 ↓	07.03.2019	1,3	
3.	3.	RKWE	08.05.-09.05.2018	1-2	1-2	1-2	1	1	1	3-4	2 +	2 +	2 +	1 -	1 -	1	1	1	2 +	1 -	1 -	1,7	1,2	1,2	1,2		k.B.	
3.	3.	SZMÜ	31.05.- 01.06.2017	1	1	1	1 -	1 -	1 -	2	2	2	1-2	1-2	1-2	1	1	1	1 -	1 -	1 -	1 -	1,2	1,2	1,2	25.02.2019	1,4	
4.	3.	PDBE	12.06.-13.06.2019	1-2	1-2	1	1 -	1 -	1	1 -	1 -	1-2	1 -	1 -	2	1 -	1 -	1 -	1-2	1-2	2	2	1,2	1,2	1,4 ↓	04.04.2019	1,5	
5.	2.	PDOE	24.04.-25.04.2019	1	1	1	1 -	1 -	1-2	1 -	1 -	2	1 -	1 -	2	1	1	1 -	1-2	1-2	2 -	2 -	1,1	1,1	1,5 ↓	04.12.2018	2,2	
6.	4.	KHBE	29.03.-30.03.2017	3	3	3	1-2	1-2	1-2	2-3	2-3	2-3	1-2	1-2	1-2	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	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 Überblick<sup>4</sup>

### 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 Krankenhausfälle 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
<b>SZKÖ</b>	90,7%	95,8%	93,2%
<b>SZFR</b>	101,9%	101,2%	101,5%
<b>SZLI</b>	80,5%	99,0%	89,8%
<b>SZOE</b>	96,3%	94,3%	95,3%
<b>SZWI</b>	88,3%	93,2%	90,8%
<b>SZWE</b>	100,4%	101,4%	100,9%
<b>SZTR</b>	103,5%	103,7%	103,6%
<b>SZMÜ</b>	92,3%	82,3%	87,3%
<b>KHBE</b>	109,5%	85,3%	97,4%
<b>RKWE</b>	102,1%	100,5%	101,3%
<b>RKTR</b>	118,1%	116,3%	117,2%

<sup>4</sup> 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
<b>SZKÖ</b>	56,90 Std.	51,24 Std.	54,07 Std.
<b>SZFR</b>	62,62 Std.	62,99 Std.	62,80 Std.
<b>SZLI</b>	73,64 Std.	59,44 Std.	66,54 Std.
<b>SZOE</b>	60,94 Std.	59,98 Std.	60,46 Std.
<b>SZWI</b>	59,12 Std.	58,34 Std.	58,73 Std.
<b>SZWE</b>	60,20 Std.	58,94 Std.	59,57 Std.
<b>SZTR</b>	63,93 Std.	60,21 Std.	62,07 Std.
<b>SZMÜ</b>	70,83 Std.	68,62 Std.	69,72 Std.

<b>KHBE</b>	1,41 CMI	1,30 CMI	1,36 CMI
<b>RKWE</b>	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
<b>RKTR</b>	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
SZLI	1,9
SZOE	1,9
SZWI	2,2
SZWE	1,9
SZTR	1,9
SZMÜ	2,2

KHBE	1,7
RKWE	2,2
RKTR	1,9

PDBE	2,0
PDOE	1,9
PDWE	1,8

### 5.1.3 Visitergebnisse

#### 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 Betreute 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 Betreute 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 Diakonie-Siegels 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	71,62%	118,92%
SZFR	117,31%	101,92%
SZLI	10,81%	21,74%
SZOE	94,67%	104,59%
SZWI	117,31%	55,77%
SZWE	100,00%	100,00%
SZTR	100,00%	100,00%
SZMÜ	115,58%	124,00%
KHBE	133,33%	111,11%
RKWE	100,00%	100,00%
RKTR	100,00%	100,00%
PDBE	34,62%	26,92%
PDOE	32,56%	4,65%
PDWE	81,82%	77,27%

### 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
SZLI	Nein	Nein
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	Nein	VP
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	Harnkontinenz	95%	5%	Ernährungsmanagement	94%	33%
SZFR	Förderung der Harnkontinenz	86%	14%	Ernährungsmanagement	95%	12%
SZLI	keine Auswertung durchgeführt			keine Auswertung durchgeführt		
SZOE	(Harninkintinenz)	93%	0%	(Schmerzmanagement)	96%	0%
SZWI	Harnkontinenz	95%	12%	Schmerzmanagement bei akuten Schmerzen	99%	11%
SZWE	Schmerzmanagement	95%	30%	Sturzprophylaxe	94%	29%
SZTR	Schmerzmanagement Akut-Schmerz	97%	22%	Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege	98%	6%
SZMÜ	Ernährungsmanagement	96%	0%	Sturzprophylaxe	81%	0%

	1. Audit eines Nationalen Exertenstandards	Umsetzungsgrad Patienten- / Bewohner-audit	Umsetzungsgrad Personalbefragung	2. Audit eines Nationalen Exertenstandards	Umsetzungsgrad Patienten- / Bewohner-audit	Umsetzungsgrad Personalbefragung
<b>KHBE</b>	Dekubitusprophylaxe	80%	62%	Sturzprophylaxe	86%	k.B.
<b>RKWE</b>	chronische Wunden	85%	68%	Sturzprophylaxe	86%	54%
<b>RKTR</b>	Schmerzmanagement Akuter Schmerz	100%	90%	Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege	100%	97%
<b>PDBE</b>	kein Audit in 2018			kein Audit in 2018		
<b>PDOE</b>	kein Audit in 2018			kein Audit in 2018		
<b>PDWE</b>	chronische Wunden	70%	73%	akuter Schmerz	0%	14%

### 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 %
<b>SZKÖ</b>	Betreuungsangebote	56%	Dekubitus (Umgang mit)	77%
<b>SZFR</b>	Behandlungspflege	96%	Palliatierversorgung	10%
<b>SZLI</b>	keine durchgeführt		keine durchgeführt	
<b>SZOE</b>	(Mundgesundheit)	95%	keine 2. durchgeführt	
<b>SZWI</b>	Begutachtung des pflegerischen Zustandes	88%	keine 2. durchgeführt	
<b>SZWE</b>	Umgang mit SIS	45%	Umgang mit BTM	90%
<b>SZTR</b>	Gesamteindruck Körperpflege	100%	Obstipationsprophylaxe	100%
<b>SZMÜ</b>	Händehygiene	61%	Lagerung und Transfer	83%
<b>KHBE</b>	Trinkprotokoll	94%	pflegerische Zustand	98%
<b>RKWE</b>	NES in der Pflegeplanung	97%	Aufnahme Dokumentation vollständig	87%
<b>RKTR</b>	Intertrigo Prophylaxe	94%	Pflegerischer Zustand	98%

### 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
<b>SZKÖ</b>	226	104	38
<b>SZFR</b>	312	111	21
<b>SZLI</b>	k.A.	k.A.	k.A.
<b>SZOE</b>	502	173	251
<b>SZWI</b>	352	27	99
<b>SZWE</b>	480	370	175
<b>SZTR</b>	558	k.A.	260
<b>SZMÜ</b>	248	45	37

<b>PDBE</b>	75	275	275
<b>PDOE</b>	93	0	42
<b>PDWE</b>	137	137	136

### 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
<b>SZKÖ</b>	0	0	5	13	3	0	28
<b>SZFR</b>	0	0	3	8	2	4	16
<b>SZLI</b>	0	0	5	2	2	1	6
<b>SZOE</b>	0	0	4	15	3	2	27
<b>SZWI</b>	0	0	3	8	1	2	21
<b>SZWE</b>	0	0	0	9	2	12	22
<b>SZTR</b>	0	0	3	9	3	2	9
<b>SZMÜ</b>	0	0	4	3	0	16	39

	Wachkoma	Beatmungspflichtiger Bewohner / Patient	Dekubitus	Blasenkatheter	PEG-Sonde	Fixierung	Kontraktur
<b>PDBE</b>	0	0	3	3	2	2	6
<b>PDOE</b>	0	0	0	0	0	0	0
<b>PDWE</b>	0	0	2	4	1	0	38

	Vollständige Immobilität	Tracheostoma	MRSA	Diabetes Mellitus
<b>SZKÖ</b>	10	0	3	53
<b>SZFR</b>	8	0	1	31
<b>SZLI</b>	5	0	2	20
<b>SZOE</b>	5	3	2	33
<b>SZWI</b>	8	0	2	16
<b>SZWE</b>	1	0	1	14
<b>SZTR</b>	0	0	0	24
<b>SZMÜ</b>	6	0	1	25

<b>PDBE</b>	4	0	1	13
<b>PDOE</b>	0	0	0	0
<b>PDWE</b>	1	0	1	24

### Pflegeaufwendige Patienten- / Bewohnergruppen zum Stichtag

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

- **Niedrige Fehlerquote: Dekubitusinzidenz** – in die konzernweite und quartalsweise ermittelte Kennzahl fließen Bewohner / Patienten ein, die im Verlauf ihres Aufenthaltes in den Einrichtungen Druckgeschwüre, Grad 2, erworben haben.
- In den **weiteren Kriterien** wird die Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner / Patientinnen und 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 liegen<sup>5</sup>.

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

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

geeignete Hilfsmittel beantragt oder bewilligt werden, bzw. Leistungen mit dem Pflegedienst vereinbart werden.

	Dekubitusinzidenz	Bewohner / Patienten mit Schmerzen	Ernährungsfälligkeiten	Chronische Wunden	Kontinenzprobleme	Sturzindex
<b>SZKÖ</b>	1,67%	29	13	26	114	3,60
<b>SZFR</b>	0,16%	41	9	8	78	5,26
<b>SZLI</b>	0,67%	0	0	0	0	5,40
<b>SZOE</b>	0,61%	63	13	4	69	5,95
<b>SZWI</b>	0,70%	48	7	9	90	7,63
<b>SZWE</b>	0,00%	49	11	7	90	4,76
<b>SZTR</b>	0,08%	3	8	2	80	3,98
<b>SZMÜ</b>	1,94%	69	17	4	81	6,33
<b>KHBE</b>	0,74%	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	5,11
<b>RKWE</b>	0,23%	3	5	5	15	11,49
<b>RKTR</b>	0,28%	0	0	0	0	16,68
<b>PDBE</b>	0,00%	9	4	9	17	t.n.z.
<b>PDOE</b>	0,12%	15	3	2	15	t.n.z.
<b>PDWE</b>	0,07%	28	2	4	33	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 werden<sup>6</sup>:

- **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)

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

	Kniegelenks- Totalendoproth ese - Anzahl	Kniegelenks- Totalendoproth ese - Dauer (in % bzgl. des ermittelten Durchschnitts * (Quelle: eigene Daten))	Kniegelenks- Totalendoproth ese - Postoperative Wundinfektion	Kniegelenks- Totalendoproth ese - Allgemeine behandlungsbe dürftige Komplikationen (in % bzgl. des ermittelten)	Hüft- Endoprothese - Anzahl	Hüft- Endoprothese - Dauer ( in % bzgl. der Durchschnittsd auer)*	Hüft- Endoprothese - Postoperative Wundinfektion	Hüft- Endoprothese Allgemeine behandlungsbe dürftige Komplikationen (in % bzgl. des ermittelten Durchschnitts)	Generalindikator Dekubitus - Inzidenz
<b>KHBE</b>	237	91,31%	0,00%	0,00%	194	80,89%	0,00%	4,26%	0,72%
<b>Berliner Landes- durchschnitt</b>	4441	92,34%	0,53%	3,24%	58184	80,79%	1,50%	4,35%	k.A.
	*2013 - EndoCert 1:40 Std.		** 2013 - AQUA		*2013 - EndoZert 1:30 Std.		** 2013 - AQUA		

### 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 Landesdurchschnitt<sup>7</sup>:

- **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 Bewegungsapp arates	Frakturen (ohne Femurfraktur)	Femurfraktur	Apoplex	Neurologische Erkrankungen	Herzkrankheiten	Diabetesfolgen	Verzögerte Rekonvaleszens	Sonstiges
<b>RKWE</b>	18%	7%	23%	9%	10%	12%	2%	9%	10%
<b>Land BW</b>	20%	10%	19%	8%	5%	12%	1%	7%	19%
<b>Differenz</b>	-2%	-3%	4%	2%	4%	1%	1%	2%	-10%
<b>RKTR</b>	9%	15%	29%	10%	3%	6%	0%	19%	6%
<b>Land BW</b>	20%	10%	19%	8%	5%	12%	1%	7%	19%
<b>Differenz</b>	-11%	5%	10%	2%	-2%	-6%	-1%	12%	-13%

	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
<b>RKWE</b>	35	60	25	78%	9%	13%	0%	0%
<b>Land BW</b>	55	80	25	81%	9%	11%	0%	10%
<b>Differenz</b>	-20	-20	0	-3%	0%	3%	0%	-10%
<b>RKTR</b>	50	80	30	75%	16%	9%	0%	0%
<b>Land BW</b>	55	80	25	81%	11%	9%	0%	10%
<b>Differenz</b>	-5	0	-5	-6%	6%	0%	0%	-10%

<sup>7</sup> 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.

## 5.2 Beschäftigtenorientierung

### 5.2.1 Kennzahlen der Beschäftigtenorientierung

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

- **Ausreichende Weiterbildungsquote:** Weiterbildung stellt eine Investition in die Mitarbeitenden dar, der geeignet ist, berufliche Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten zu erhalten, zu erweitern, der technischen Entwicklung anzupassen oder einen beruflichen Aufstieg zu ermöglichen. Der **Referenzwert** liegt bei 1%.
- Die **Beschäftigtenzufriedenheit** wird im Rahmen der jährlichen anonymen Befragung ermittelt. Der **Referenzwert** ist die Schulnote 2,0.
- **Keine unerwünschte Fluktuation:** Ab Einführung eines Mitarbeitenden werden Investitionen getätigt, die bei seinem Ausscheiden verloren gehen. Eine hohe Fluktuation hat negative Auswirkungen auf die Kontinuität der Leistungserbringung, die Prozessqualität und die Teamentwicklung. Insbesondere eine hohe Anfangsfluktuation ist ein Zeichen dafür, dass Mitarbeitenden mit Strukturen, Führung oder Betriebsklima unzufrieden sind. Der **Referenzwert** beträgt 0%.
- **Wenig Kurzzeiterkrankungen:** Krankheiten sind die häufigste Ursache für Fehlzeiten. Sie haben erhebliche Auswirkungen auf die Produktivität, verursachen Kosten, beeinträchtigen die Wettbewerbsfähigkeit und können Ausdruck der Unzufriedenheit der Mitarbeitenden sein. Der **Referenzwert** ist der von der AOK errechnete Wert von 53 Krankheitsfällen auf 100 Mitarbeitende (Stand 2013).

	Ausreichende Weiterbildungsquote	Hohe Beschäftigtenzufriedenheit	Keine unerwünschte Fluktuation	Wenig Kurzzeiterkrankungen*
<b>SZKÖ</b>	2,3%	2,0	2,8%	37,0
<b>SZFR</b>	1,0%	2,1	4,3%	24,6
<b>SZLI</b>	0,9%	2,0	9,0%	67,1
<b>SZOE</b>	1,6%	2,0	4,1%	64,3
<b>SZWI</b>	1,8%	2,5	0,9%	134,2
<b>SZWE</b>	1,2%	2,5	0,0%	93,5
<b>SZTR</b>	0,9%	1,9	8,1%	28,8
<b>SZMÜ</b>	1,7%	2,4	12,3%	79,4
<b>KHBE</b>	0,5%	3,0	0,2%	226,3
<b>RKWE</b>	1,7%	2,3	0,0%	54,9
<b>RKTR</b>	0,7%	2,2	9,7%	46,5
<b>PDBE</b>	0,7%	3,0	6,8%	216,7
<b>PDOE</b>	0,5%	2,0	31,3%	181,3
<b>PDWE</b>	1,2%	1,9	0,0%	227,3

\* AOK (2016): 60 Fälle auf 100 Personalfälle

## 5.2.2 Mitarbeitendengespräche

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

	Quotient tatsächliche Anzahl / geplante MG
SZKÖ	86,54%
SZFR	98,15%
SZLI	k.A.
SZOE	55,68%
SZWI	98,81%
SZWE	100,00%
SZTR	67,31%
SZMÜ	86,51%

KHBE	79,81%
RKWE	86,11%
RKTR	71,62%

PDBE	60,00%
PDOE	0,00%
PDWE	86,96%

## 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	15
SZFR	13
SZLI	12
SZOE	6
SZWI	4
SZWE	1
SZTR	4

	Anzahl der Arbeitsunfälle
<b>KHBE</b>	49
<b>RKWE</b>	3
<b>RKTR</b>	1

<b>PDBE</b>	8
<b>PDOE</b>	3
<b>PDWE</b>	0

### 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
<b>SZKÖ</b>	2
<b>SZFR</b>	60
<b>SZLI</b>	1
<b>SZOE</b>	26
<b>SZWI</b>	13
<b>SZWE</b>	36
<b>SZTR</b>	3
<b>SZMÜ</b>	2

<b>KHBE</b>	35
<b>RKWE</b>	24
<b>RKTR</b>	4

<b>PDBE</b>	1
<b>PDOE</b>	0
<b>PDWE</b>	19

### 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
SZLI	k.A.
SZOE	2
SZWI	2
SZWE	2
SZTR	2
SZMÜ	2

KHBE	1
RKWE	2
RKTR	2

PDBE	1
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	55	40	15
SZFR	125	121	4
SZLI	keine Erhebung		
SZOE	1341	89	1252
SZWI	28	24	1
SZWE	861	26	835
SZTR	63	20	43
SZMÜ	60	51	9

KHBE	22	8	14
RKWE	8	7	1
RKTR	63	43	20

PDBE	21	2	19
PDOE	keine Erhebung		
PDWE	7	4	3

### 5.4.2 Beschwerdemanagement

Beschwerden von Bewohnern, Patienten und Angehörigen können auf systematische Fehler hinweisen, die andernfalls unentdeckt geblieben wären. In diesem Sinne sind Beschwerden wichtig für die Qualitätsarbeit und müssen ‚gefördert‘ werden. Das heißt, dass Bewohner / Patienten / Angehörige keine Scheu haben dürfen, ‚zu petzen‘, sondern ermutigt werden, konstruktiv Kritik zu üben. Die Übersicht zeigt, wie gut dies in den einzelnen Einrichtungen gelungen ist.

	Anzahl der Beschwerden
<b>SZKÖ</b>	32
<b>SZFR</b>	7
<b>SZLI</b>	88
<b>SZOE</b>	17
<b>SZWI</b>	20
<b>SZWE</b>	8
<b>SZTR</b>	10
<b>SZMÜ</b>	36

<b>KHBE</b>	51
<b>RKWE</b>	44
<b>RKTR</b>	43

<b>PDBE</b>	9
<b>PDOE</b>	6
<b>PDWE</b>	3

## 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) bzw. seit 2019 nach der **DIN EN ISO 9001:2015** 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**).

2019 fand in den Seniorenzentren SZWE, SZWI, SZLI und den beiden Pflegediensten PDWE und PDBE eine erfolgreiche Erstbegutachtung im Rahmen der DIN EN ISO 9001:2015 Zertifizierung im Stichprobenverfahren statt. Das KHBE, die RKTR wurden im Herbst 2018 und die RKWE im Frühjahr 2019 erfolgreich nach KTQ zertifiziert.

Generell wurde von den Auditoren der pCC einrichtungsübergreifend positiv bewertet: die auf sehr hohem Niveau erbrachten Pflegeleistungen, die sehr hohe kommunikative Kompetenz der Mitarbeitenden, die sehr hohe Kundenzufriedenheit sowie die sehr hohe Dienstleistungsbereitschaft in Verwaltung, Service und Haustechnik (siehe Bericht zur Erstbegutachtung DIN EN ISO 9001:2015, S. 6).

Am Beispiel des SZWE wurde von den Auditoren festgehalten, dass eine Verschlan-  
kung des Qualitätsmanagementhandbuches die Anwenderfreundlichkeit positiv beeinflussen kann (siehe Bericht zur Erstbegutachtung DIN EN ISO 9001:2015, 2019, S. 8).

Die **Übersicht der Prüfergebnisse der Internen Revision in Medizin und Pflege nach Schulnoten** 2017 bis 2019 zeigt, dass Veränderungen über die Jahre nur graduell stattgefunden haben – im Positiven wie im Negativen (**siehe Kapitel 4.11**). Die im Jahr 2019 im Rahmen der IR geprüften Einrichtungen erzielten alle „sehr gute“ (SZOE, PDBE, SZTR) bis „gute“ Bewertungen (PDOE). Ein leichter negativer Trend von 0,2 -0,4 Punkten in der Notenentwicklung ist in allen diesjährig begangenen Einrichtungen, außer dem SZTR, zu beobachten. Dieser leicht negative Trend ist im Rahmen der Konferenz der Führungskräfte im September dieses Jahres kommuniziert und alle Führungskräfte sind motiviert diesen Trend zu stoppen bzw. umzukehren.

Insbesondere in den Kategorien „**Konzepte und Standards**“ und „**Pflegerisch, ärztliches, therapeutisches Management**“ gibt es einrichtungsübergreifend Verbesserungspotential. Im Rahmen der Revisionen war erkennbar, dass die Ausgestaltung der Konzepte und Standards auf ein lesbares, informatives und kurz gefasstes Format eine Herausforderung für die Einrichtungen darstellt. Im Bereich des Managements gibt es Optimierungspotenzial, wie etwa bezüglich der Zuspitzung des **Risikomanagements** (z.B. SZOE, PDBE), der Durchführung von **Wirksamkeitskontrollen** in allen Bereichen des Managements (z.B. SZOE), der nachweislichen **Auswertung von Notfällen** (z.B. SZTR, SZOE) oder im Rahmen der Maßnahmenumsetzung zur **Stärkung der Fachlichkeit** (z.B. SZOE; PDOE, PDBE) (**siehe Kapitel 4.9**). Nicht zuletzt machen sich in allen Einrichtungen die erschwerten Rahmenbedingungen, insbesondere der Fachkräftemangel bemerkbar.

Die **Revisions-Schwerpunktt Themen 2019** wurden im Rahmen der Revision und Zertifizierung in allen begangenen Einrichtungen behandelt. Alle Einrichtungen haben sich aktiv mit den Schwerpunkten auseinandergesetzt, auch wenn der Umsetzungsgrad teilweise variiert. Die Verbesserungspotentiale wurden im fachlichen Austausch besprochen und von den Einrichtungen offen angenommen (**siehe Kapitel 4.9**). Alle Einrichtungen sehen in den festgestellten Verbesserungspotentialen eine positive Herausforderung für das gelebte und auf Fortschritt ausgerichtete Qualitätsmanagement. Dass das Management in allen begangenen Einrichtungen gelebt wird, zielführend und am PDCA-Zyklus ausgerichtet ist, war für die Auditoren an zahlreichen Stellen der Prozesse sehr gut sichtbar, beispielsweise Pflegevisitenauswertung (SZOE SZTR), Auswertung der Teilnahme an Fortbildungen (SZTR, SZOE) und Implementierung Risikomanagement (SZTR).

Die Versorgung und damit die **Ergebnisqualität / (Pflege-) Zustand** der Patienten und Bewohner bleibt weiterhin auf einem sehr guten Niveau. Diese seit Jahren bestehende Stabilität ist nicht zuletzt dem ausgesprochenen hohen Engagement aller Mitarbeiter zu verdanken, die trotz der nicht immer optimalen Rahmenbedingungen täglich Ihren Dienst am Menschen mit viel Fachlichkeit und Empathie versehen.

Alle Einrichtungen haben Ihre **Managementbewertungen** vollständig erstellt und nutzen diese zur Rückschau, Bewertung und kritischen Auseinandersetzung mit dem Ist-Zustand sowie zur Festlegung neuer Qualitätsziele für das kommende Jahr. Zukünftig müssen alle Einrichtungen im Rahmen des Reviews verstärkt darauf achten, die Ergebnisse nicht zu beschreiben sondern tatsächlich zu bewerten, die Ziele durchgehend nach den SMART-Kriterien (spezifisch, messbar, akzeptierend, realistisch, terminiert) zu definieren, die Wirksamkeit des Risikomanagements sowie das Thema der interessierten Parteien und der Erfüllung ihrer Anforderungen zu reflektieren.

Eine seit Jahren einrichtungsübergreifende fest etablierte Kennzahl ist die jährliche **Patienten – bzw. Bewohnerbefragung**. Der Referenzwert von einer Note „besser gleich zwei“ haben 11 von 14 Einrichtungen erreicht und wurde von drei Einrichtungen um 0,2 nur knapp verfehlt. Konzernweit erreichen die Einrichtungen mit 1,9 den gleichen Durchschnitt wie im Vorjahr. Die Spannweite der Notendurchschnitte der Einrichtungen liegt zwischen 1,7 (KHBE) und 2,2 (SZWI, RKWE, SZMÜ) (**siehe Kapitel 5.1.2**).

Der Referenzwert der geplanten und **durchgeführten Pflegevisiten** liegt bei 100%. Dieses Ziel wurde von einem Großteil der Einrichtungen Jahresübergreifend erreicht, 5% Schwankungen eingerechnet aufgrund einer nicht immer planbaren Bewohnerstruktur. Fünf Einrichtungen liegen mit unter 80% deutlich unter dem Referenzwert – SZLI, PDBE, PDOE – oder haben diesen nicht ganz erreicht – PDWE und SZWI. Der bethelweite Jahresdurchschnitt liegt mit 84% somit ebenfalls deutlich unter dem Vorjahresdurchschnitt mit 100%. Das Erreichen des Referenzwertes muss für alle Einrichtungen verstärkt in den Fokus rücken, denn die Pflegevisite und deren Ergebnisauswertung bleibt ein wichtiges Qualitätsinstrument. Die Durchführung der sogenannten **fokussierten Pflegevisiten** ist in allen SZ, PD und RK eine fest verankerte Vorgabe. Alle Einrichtungen müssen pro Halbjahr eine fokussierte Pflegevisite durchführen. Dies ist in diesem Jahr nicht allen Einrichtungen gelungen, in drei Einrichtungen

wurden keine (SZLI) oder nur eine (SZOE, SZWI) fokussierte Visite durchgeführt (**siehe Kapitel 5.1.3**).

Der pflegesensitive Qualitätsindikator der **Dekubitusinzidenz** (ab Kategorie 2) hat im Gesundheitswerk 0% als Referenzwert. Der Expertenstandard Dekubitusprophylaxe geht davon aus, dass das Auftreten eines Dekubitus häufig durch Anwendung evidenzbasierter Präventionsmaßnahmen vermeidbar ist. Im Vergleich zum einrichtungsübergreifenden Vorjahreswert 2017 von 0,33% ist der Wert mit 0,52% 2018 nur leicht angestiegen. Er liegt zwischen 0% (SZWE, PDBE) und 1,67% (SZKÖ) bzw. 1,94% (SZMÜ). Dieser Anstieg wurde von den Einrichtungen im Managementbewertungsbericht kritisch hinterfragt. Als Gründe wurden die zunehmende palliative Versorgung (SZMÜ) und Multimorbidität der Bewohner (SZKÖ) benannt (**siehe Kapitel 5.1.5**).

Der **Sturzindex** ist 2018 im Vergleich zum Vorjahr im bethelweiten Durchschnitt betrachtet von 6,94 Stürze auf 1000 Belegungstage auf 5,36 gesunken.

In der RKTR gibt es tendenziell in den letzten Jahren einen deutlichen Anstieg, so lag der Sturzindex 2013 noch bei 8,92 Stürze auf 1000 Belegungstage und 2018 bei 16,68. Die Gründe können vielfältig sein, unter anderem liegt der Bartel-Index bei Aufnahme 2018 in der RKTR 5 Punkte unter dem Bundeslanddurchschnitt, 2017 lag dieser noch ein Punkt über dem Bundeslanddurchschnitt. Die RKTR muss den Anstieg der Stürze weiter im Blick behalten und sicherstellen, dass alle möglichen Maßnahmen zum Sturzmanagement umgesetzt werden (**siehe Kapitel 5.1.5**).

Eine feste Kennzahl in der **Mitarbeiterorientierung** ist die jährliche Befragung der Mitarbeitenden. Im Konzerndurchschnitt lagen die Beteiligung 2018 mit 33% und die Gesamtnote mit 2,3 gleichauf mit den Vorjahreswerten. Das gesetzte Ziel der Note  $\leq 2,0$  wurde 2018 von fünf Einrichtungen (SZKÖ, SZLI, SZOE, SZTR, PDWE) erreicht. Die Spannbreite liegt von 1,9 (SZKÖ, PDWE) bis 3,0 (KHBE, PDBE) (**siehe Kapitel 5.2.1**).

Das gesetzte Ziel wurde konzernweit betrachtet nicht erreicht und ist nicht zufriedenstellend, denn die Mitarbeiterzufriedenheit stellt im GwB eine zentrale Größe dar zur Bewertung des Erfolges von Personalbindungsmaßnahmen. Als Ursachen von Unzufriedenheit werden u.a. die Dienstplangestaltung, die Kommunikation unter den Be-

rufsgruppen (KHBE) oder der Weggang von langjährigen Kollegen (PDBE) in den Managementbewertungen angegeben, vielfach fehlt jedoch eine Ursachenreflexion in den Managementbewertungsberichten der Einrichtungen. Alle Einrichtungen müssen sicherstellen, die Ergebnisse der Befragungen zeitnah und systematisch zu bearbeiten, den Mitarbeitenden zu präsentieren und gemeinsam zu diskutieren. Darüber hinaus könnte reflektiert werden, ob weitere Maßnahmen für die Work-Life-Balance möglich sind oder alle Personalbindungsprogramme ausgereizt sind.

Eine starke Fluktuation erhöht, neben dem akuten Fachkräftemangel, den Druck auf die verbleibenden Mitarbeitenden. Vor diesem Hintergrund stellt die „Fluktuation“ eine wichtige Kennzahl im GwB dar. Der Referenzwert der **unerwünschten Fluktuation** von null Prozent wird in drei Einrichtungen erreicht (SZWE, RKWE, PDWE) und liegt im Konzerndurchschnitt bei 6,4 % (Vorjahr 6,8%). Diese Kennzahl muss in allen Einrichtungen im Fokus bleiben.

Es gelang im Jahr 2018 nur dem SZWE, 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.

Die **Anzahl der Arbeitsunfälle** variiert zwischen null (PDWE) und 49 im Jahr (KHBE). Alle Einrichtungen erfassen die Arbeitsunfälle, eine Bewertung der angegebenen Anzahl und der Art der Unfälle findet sich noch nicht durchgängig in den Managementbewertungen der Einrichtungen wieder (**siehe Kapitel 5.3.1**).

Ein **Fehlermanagement** ist in allen Einrichtungen, bis auf im SZLI, fest etabliert. Das SZLI befand sich 2018, aufgrund der Neueröffnung im Sommer 2017, noch im Aufbau des Managements und hat sich für 2019 zum Ziel gesetzt ein Fehlermanagement einzuführen. Die Fehleranzahl variiert zwischen null (PDOE) und 861 bzw. 1341 (SZWE, SZOE). Diese große Spannweite macht deutlich, wie unterschiedlich die Prozesse umgesetzt werden (**siehe Kapitel 5.3.1**).

**Beschwerden** werden in allen Einrichtungen erfasst und die Wirksamkeit des Beschwerdemanagements in den Managementbewertungen beurteilt. Die Anzahl der

aufgenommenen Beschwerden liegt zwischen drei (PDWE) und 51 (KHBE). Alle Einrichtungen sollten bei der Beurteilung berücksichtigen, dass die Anzahl kein Indikator für die Zufriedenheit der Betreuten darstellt. Die Anzahl von Beschwerden hängt von vielen Indikatoren ab, die auch von den Einrichtungen beeinflusst werden können, z.B. Beschwerdebarriere, nicht erfasste mündliche Beschwerden etc. **(siehe Kapitel 5.4.2)**. Vor diesem Hintergrund sollte es nicht das Ziel sein, die Beschwerdeanzahl gering ausfallen zu lassen (z.B. SZKÖ), sondern ein gut funktionierendes und für den Beschwerdeführer leicht handbares Beschwerdemanagement zu etablieren.

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 (pCC Bericht Erstbegutachtung DIN EN ISO 9001:2015, Seite 4). Verbesserungspotentiale wurden aufgedeckt und reflektiert.

Drei Einrichtungen des GwB benötigen, aufgrund dort entstandener personeller Veränderungen oder eines Qualitätsmanagement-Neuaufbaus, derzeit eine engere Begleitung hinsichtlich der Festigung und Implementierung des Qualitäts- und Risikomanagements. Daher finden im Herbst drei Teilrevisionen in den Pflegediensten PDBE, und PDOE sowie im Seniorenzentrum SZLI statt. 2020 sind alle drei Einrichtungen Teil des Prüfzyklus im Rahmen der Zertifizierungsbegehungen.

## **7 Ausblick**

Das Qualitätsmanagement entwickelt sich in allen Einrichtungen weiter und passt sich den aktuellen Gegebenheiten und Rahmenbedingungen an.

Das Konzept der Internen Revision in Medizin und Pflege im Drei-Jahres-Rhythmus, jeweils ein Jahr vor der Rezertifizierung, bleibt unverändert bestehen.

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 im kommenden Jahr stattfindenden Wiederbegutachtungen werden neue Entwicklungsmöglichkeiten aufzeigen und die medizinische und pflegerische Versorgungsqualität somit weiterentwickeln.

Berlin, 07.11.2019

Andreas Dietel, Henrike Zander

## **Anhang**

<b>Anhang 1 – Terminplan und Ko-Auditoren 2019</b>	<b>59</b>
<b>Anhang 2 – Zusammenfassung des Qualitätsberichtes zur Präsentation auf der Konferenz der Führungskräfte (KFK), 11.9.2019</b>	<b>60</b>
<b>Anhang 3 – Gegenüberstellung der Bewertungen der Unternehmensbeteiligungen durch die Interne Revision in Medizin und Pflege und des MDK</b>	<b>67</b>
<b>Anhang 4 – Ergebnisse der Mitarbeitende- und Bewohner- / Patientenbefragungen im Verlauf 2017 – 2019</b>	<b>68</b>

## Anhang 1 – Terminplan und Ko-Auditoren 2019

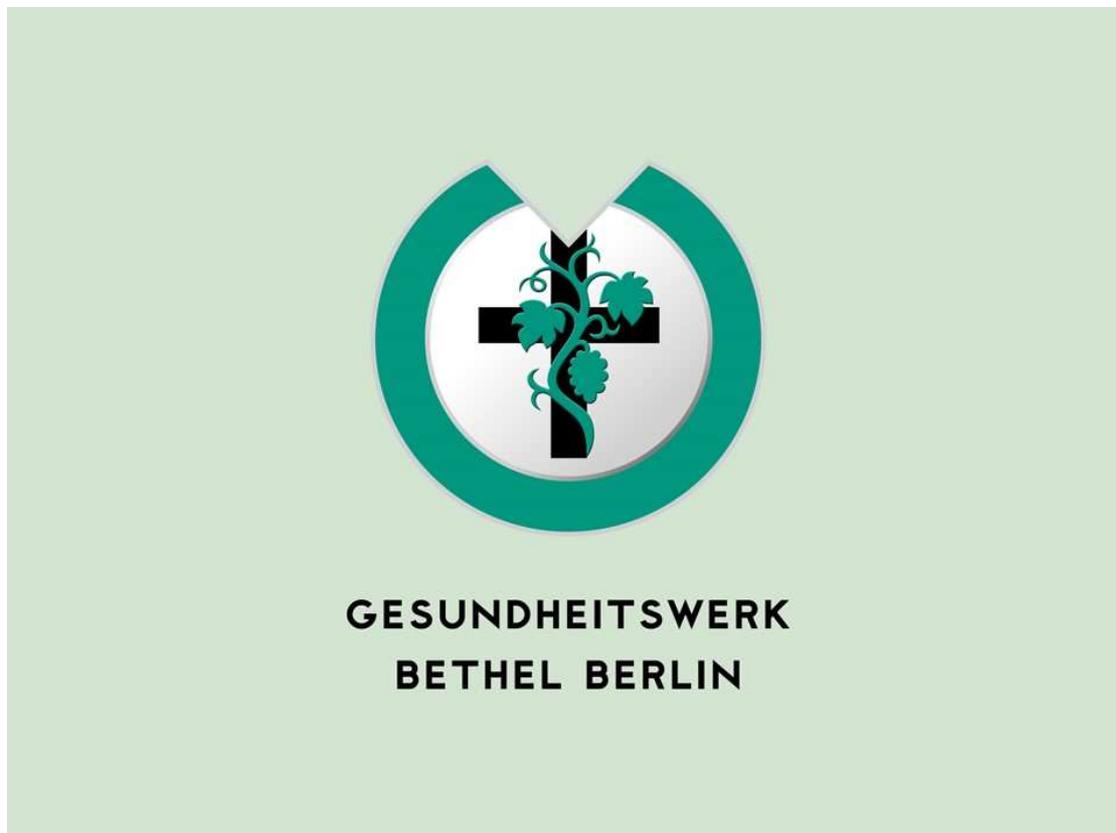
### Terminplan zur Revision und zur Zertifizierung 2019

	UB	Vor-Ort-Termine	Ko-Auditor aus Betrieb	Telefon-Konferenzen (9.30 - 11.30 Uhr)	Zertifizierungsaudit	Ko-Auditor aus Betrieb
1.	Seniorenzentrum Bethel Trossingen (SZTR)	19.02.-20.02.2019	Frau Byczek-Palfalusi (GF PDL, PDWE)	15.02.2019 (12 -14Uhr)		
2.	Seniorenzentrum Bethel Bad Oeynhausen (SZOE)	13.03.-14.03.2019	Herr Thürigen (GF PDL, SZWI)	07.03.2019		
3.	Pflegedienst Bethel Berlin (PDBE)	03.04.-04.04.2019 + 14.11.2019 Teilrevision	Frau Schütz (GF PDL, SZFR)	29.03.2019	18.06.2019 HrN	Dokumentenprüfung 10-14 Uhr
4.	Pflegedienst Bethel Bad Oeynhausen (PDOE)	24.04 -25.04.2019 + 21.11.2019 Teilrevision	Ko-Auditor verhindert			
5.	Pflegedienst Bethel Welzheim (PDWE)				07.05. - 08.05.2019 FrH	
6.	Geriatrische Reha-Klinik Bethel Welzheim (RKWE)				13.05.-15.05.2019 HrN	Herr Dietel / Frau Zander (SMG)
7.	Seniorenzentrum Bethel Wiehl (SZWI)				15.05.-16.05.2019 HrN	Frau Haase (GF PDL, KHBE)
8.	Seniorenzentrum Bethel Welzheim (SZWE)				27.05.-28.05.2019 FrH	Ko-Auditor verhindert
9.	Seniorenzentrum Bethel Lichterfelde (SZLI)	13.11.2019 Teilrevision			19.06.-20.06.2019 HrN	Frau Berger (QB, PDWE)
10.	SMG				21.06.2019 HrN	(keine Ko-Auditoren)
11.	Seniorenzentrum Bethel Friedrichshain (SZFR)					
12.	Seniorenzentrum Bethel Köpenick (SZKÖ)					
13.	Seniorenzentrum Bethel München (SZMÜ)					
14.	Geriatrische Reha-Klinik Bethel Trossingen (RKTR)					
15.	Krankenhaus Bethel Berlin (KHBE)					

#### Legende:

HrN, FrH - Hr. Nitsche / Fr. Hagen, Auditoren pCC
1-Tagesbegehungen (Bereiche / BW / Pat.)
2-tägige Revision
3-tägige Revision
Zertifizierung nach DIN EN ISO / KTQ / Förderaudit

**Anhang 2 – Zusammenfassung des Qualitätsberichtes zur Präsentation auf der  
Konferenz der Führungskräfte (KFK), 11.9.2019**



## Qualität im Gesundheitswerk Bethel Berlin 2019

Zusammenfassende Darstellung zum Qualitätsbericht

Präsentation zur Konferenz der Führungskräfte, 11.09.2019

Andreas Dietel, Geschäftsführer Produkte  
Scheve Management

# Gesamtübersicht 2019



Pos. 2019	UB/AF	Kriterium (in Bezug auf dieses Kriterium)	Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung (PD: nur Orientierung)			Kategorie 1 - Struktur			Ökonomischer / sozialer / organisatorischer Management			Organisationskultur (Kultur-Indikator der GWK)			Eigenkapital, Dokumentation			Durchschnitt (Bsp. auf andere gemittelt)			Kriterium (in Bezug auf dieses Kriterium)	Notiz MDK				
			2017	2018	2019	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3						
1.	SZKÖ	13.09.-20.09.2017	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1,0	1,0	1,0	09.12.2019	1,1	
1.	SZFR	09.09.-09.09.2017	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,0	1,0	1,0	08.09.2019	1,0	
1.	RKTR	01.02.-02.02.2017	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,0	1,0	1,0	21.01.2019	k.B.	
2.	SZLI	14.09.-19.09.2019	1	1	1	1	1	1	k.B.	k.B.	1-	1-	1	1	1	1	1	1	1	1	1,2	1,2	1,1	1,1	1,1	
2.	SZWM	11.04.-12.04.2019	1-	1-	1-	1	1	1	2	1-2	1-2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1-2	1-2	1,1	1,1	1,1	
2.	SZWE	09.07.-21.07.2019	1	1	1	1	1	1	1-2	1-2	1-2	1-	1-	1	1	1	1	1	1	1	2+	1-2	1-2	1,3	1,1	1,1
2.	PDWE	21.02.-22.02.2019	1	1	1	1	1	2	2+	2+	1-2	1-	1-	1	1	1	1	1	1	1	1-2	1-	1-	1,3	1,1	1,1
2.	SZTR	19.09.-19.09.2019	1-	1-	1	1	1	1	1-2	1-2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3.	SZOE	12.09.-19.09.2019	1-	1-	k.B.	1-	1-	1	1	1	1-2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
3.	RKWE	09.09.-09.09.2019	1-2	1-2	1-2	1	1	1	3+	2+	2+	2+	1-	1-	1	1	1	1	1	1	2+	1-	1-	1,7	1,2	1,2
3.	SZMJ	01.03.-01.03.2017	1	1	1	1	1	1	2	2	1-2	1-2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
4.	PDBE	12.08.-19.08.2019	1-2	1-2	1	1	1	1	1-	1-	1-2	1-	1-	2	1-	1-	1	1	1	1	1-2	1-2	2	1,2	1,2	1,4
5.	PDOE	24.09.-25.09.2019	1	1	1	1	1	1	1-2	1-	1-	2	1-	2	1	1	1	1	1	1	1-2	1-2	2	1,1	1,1	1,5
6.	KHBE	29.09.-09.09.2017	3	3	3	1-2	1-2	1-2	2-3	2-3	2-3	1-2	1-2	1-2	1-	1-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	

## Kategorie 1 – Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung



Pos. 2019 in Bezug auf dieses Kriterium	UB/AF	Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung (PD: nur Orientierung)			Gesamtwertung 2019
		2017	2018	2019	
1.	SZFR	1	1	1	1,0
1.	SZLI		1	1	1,1
1.	PDBE	1-2	1-2	1	1,4 ↓
1.	PDOE	1	1	1	1,5 ↓
1.	SZWE	1	1	1	1,1
1.	PDWE	1	1	1	1,1
1.	RKTR	1	1	1	1,0
1.	SZTR	1-	1-	1	1,1 =
1.	SZMJ	1	1	1	1,2
2.	SZKÖ	1-	1-	1-	1,0
2.	SZWM	1-	1-	1-	1,1
3.	RKWE	1-2	1-2	1-2	1,2 ↑
4.	KHBE	3	3	3	1,6
	SZOE	1-	1-	k.B.	1,2 ↓

## Kategorie 2 – Ordnung, Sauberkeit, Hygiene



Pos. 2019 in Bezug auf dieses Kriterium	UB/AF	Ordnung, Sauberkeit, Hygiene			Gesamtbewertung 2019
		2017	2018	2019	
1.	SZKÖ	1	1	1	1,0
1.	SZFR	1	1	1	1,0
1.	SZLI		1	1	1,1
1.	PDBE	1 -	1 -	1	1,4 ↓
1.	SZOE	1 -	1 -	1	1,2 ↓
1.	SZWI	1	1	1	1,1
1.	RKWE	1	1	1	1,2 ↑
1.	SZWE	1	1	1	1,1
1.	PDWE	1	1	1	1,1
1.	RKTR	1	1	1	1,0
1.	SZTR	1	1	1	1,1 =
2.	SZMÜ	1 -	1 -	1 -	1,2
3.	KHBE	1-2	1-2	1-2	1,6
3.	PDOE	1 -	1 -	1-2	1,5 ↓

Interne Revision in Medizin und Pflege – Ergebnisse 2019, KFK, 11.09.2019, Andreas Dietel

Seite 3 von 14

## Kategorie 3 - Konzepte und Standards



Pos. 2019 in Bezug auf dieses Kriterium	UB/AF	Konzepte und Standards			Gesamtbewertung 2019
		2017	2018	2019	
1.	SZKÖ	1 -	1 -	1 -	1,0
1.	SZFR	1 -	1 -	1 -	1,0
1.	RKTR	1 -	1 -	1 -	1,0
2.	PDBE	1 -	1 -	1-2	1,4 ↓
2.	SZOE	1	1	1-2	1,2 ↓
2.	SZWI	2	1-2	1-2	1,1
2.	SZWE	1-2	1-2	1-2	1,1
2.	SZTR	1-2	1-2	1-2	1,1 =
3.	RKWE	3-4	2 +	2 +	1,2 ↑
3.	PDWE	2	2 +	2 +	1,1
4.	PDOE	1 -	1 -	2	1,5 ↓
4.	SZMÜ	2	2	2	1,2
5.	KHBE	2-3	2-3	2-3	1,6
	SZLI		k.B.	k.B.	1,1

Interne Revision in Medizin und Pflege – Ergebnisse 2019, KFK, 11.09.2019, Andreas Dietel

Seite 4 von 14

## Kategorie 4 – Pflegerisches, ärztliches / therapeutisches Management



Pos. 2019 in Bezug auf dieses Kriterium	UB/AF	Pflegerisches/ ärztliches/ therapeutisches Management			Gesamtbewertung 2019
		2017	2018	2019	
1.	SZKÖ	1	1	1	1,0
1.	RKTR	1	1	1	1,0
1.	SZWI	1	1	1	1,1
1.	SZTR	1	1	1	1,1 =
2.	SZFR	1 -	1 -	1 -	1,0
2.	SZLI		1 -	1 -	1,1
2.	RKWE	2 +	1 -	1 -	1,2 ↑
2.	SZWE	1-2	1 -	1 -	1,1
2.	PDWE	1-2	1 -	1 -	1,1
3.	KHBE	1-2	1-2	1-2	1,6
3.	SZOE	1	1	1-2	1,2 ↓
3.	SZMÜ	1-2	1-2	1-2	1,2
4.	PDBE	1 -	1 -	2	1,4 ↓
4.	PDOE	1 -	1 -	2	1,5 ↓

Interne Revision in Medizin und Pflege – Ergebnisse 2019, KFK, 11.09.2019, Andreas Dietel

Seite 5 von 14

## Kategorie 5 – Ergebnisqualität Pflegezustand der BW / Patienten



Pos. 2019 in Bezug auf dieses Kriterium	UB/AF	Ergebnisqualität: Pflege-Zustand der BW / Pat.			Gesamtbewertung 2019
		2017	2018	2019	
1.	SZKÖ	1	1	1	1,0
1.	SZLI		1	1	1,1
1.	SZOE	1	1	1	1,2 ↓
1.	SZWI	1	1	1	1,1
1.	RKWE	1	1	1	1,2 ↑
1.	SZWE	1	1	1	1,1
1.	PDWE	1 -	1	1	1,1
1.	SZTR	1	1	1	1,1 =
1.	RKTR	1	1	1	1,0
1.	SZMÜ	1	1	1	1,2
2.	KHBE	1 -	1 -	1 -	1,6
2.	SZFR	1 -	1 -	1 -	1,0
2.	PDBE	1 -	1 -	1 -	1,4 ↓
2.	PDOE	1	1	1 -	1,5 ↓

Interne Revision in Medizin und Pflege – Ergebnisse 2019, KFK, 11.09.2019, Andreas Dietel

Seite 6 von 14

## Kategorie 6 – Dokumentation



Pos. 2019 in Bezug auf dieses Kriterium	UB/AF	Ergebnisqualität: Dokumentation			Gesamtbewertung 2019
		2017	2018	2019	
1.	SZKÖ	1	1	1	1,0
2.	SZFR	1 -	1 -	1 -	1,0
2.	KHBE	1 -	1 -	1 -	1,6
2.	SZOE	1 -	1 -	1 -	1,2 ↓
2.	RKWE	2 +	1 -	1 -	1,2 ↑
2.	PDWE	1-2	1 -	1 -	1,1
2.	RKTR	1 -	1 -	1 -	1,0
2.	SZTR	1 -	1 -	1 -	1,1 =
2.	SZMÜ	1 -	1 -	1 -	1,2
3.	SZLI		1-2	1-2	1,1
3.	SZWM	1	1-2	1-2	1,1
3.	SZWE	2 +	1-2	1-2	1,1
4.	PDBE	1-2	1-2	2	1,4 ↓
5.	PDOE	1-2	1-2	2 -	1,5 ↓

Interne Revision in Medizin und Pflege – Ergebnisse 2019, KFK, 11.09.2019, Andreas Dietel

Seite 7 von 14

## Endergebnis 2019



Pos. 2019	Pos. 2018	UB/AF	Durchschnitt (Pflegezustand doppelt gewichtet)			Note MDK
			17	18	19	
1.	1.	SZKÖ	1,0	1,0	1,0	1,1
1.	1.	SZFR	1,0	1,0	1,0	1,0
1.	1.	RKTR	1,0	1,0	1,0	k.B.
2.	2.	SZLI		1,1	1,1	1,7
2.	2.	SZWM	1,1	1,1	1,1	1,1
2.	2.	SZWE	1,3	1,1	1,1	1,1
2.	2.	PDWE	1,3	1,1	1,1	1,4
2.	2.	SZTR	1,1	1,1	1,1 =	1,0
3.	1.	SZOE	1,0	1,0	1,2 ↓	1,3
3.	3.	RKWE	1,7	1,2	1,2	k.B.
3.	3.	SZMÜ	1,2	1,2	1,2	1,4
4.	3.	PDBE	1,2	1,2	1,4 ↓	1,5
5.	2.	PDOE	1,1	1,1	1,5 ↓	2,2
6.	4.	KHBE	1,6	1,6	1,6	k.B.

Interne Revision in Medizin und Pflege – Ergebnisse 2019, KFK, 11.09.2019, Andreas Dietel

Seite 8 von 14

## Herzlichen Glückwunsch!



Das **SZLI**, das **SZWI**, das **SZWE** sowie der **PDBE** und **PDWE** haben in 2019 im Rahmen der Erstbegutachtung das Zertifikat nach **DIN EN ISO 9001:2015** erworben. Das **KHBE**, die **RKTR** haben sich im Herbst 2018 und die **RKWE** in 2019 erfolgreich der Visitation nach **KTQ** gestellt.



Interne Revision in Medizin und Pflege – Ergebnisse 2019, KFK, 11.09.2019, Andreas Dietel

Seite 9 von 14

## Wie geht es weiter?



- 2019: GwB: Weiterhin Zuspitzung des **Risikomanagements**
- GwB: Förderung der **Fachlichkeit** der Mitarbeitenden
- SZ: Projekt M-KIS: Performance
- SZ und PD: Bericht **„Erstbegutachtung DIN EN ISO 9001:2015“** - Prüfung der Stärken und Verbesserungspotentiale durch **alle** UB
- SZ: Projekt zur **Einführung der QPR**
- RK: Projekt zur Einführung **M-KIS / Shiva**

Interne Revision in Medizin und Pflege – Ergebnisse 2019, KFK, 11.09.2019, Andreas Dietel

Seite 10 von 14



GESUNDHEITSWERK  
BETHEL BERLIN

Unser Dank gilt wie immer auch allen  
Mitarbeitenden in Ihren Betrieben

Interne Revision in Medizin und Pflege – Ergebnisse 2019, KFK, 11.09.2019, Andreas Dietel

Seite 13 von 14



Glaube  
und Liebe –  
Hoffnung für  
Menschen



GESUNDHEITSWERK  
BETHEL BERLIN

### 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 / 2019	2018 / 2019
SZKÖ	1,0 ↑	1,1 ↓
SZFR	1,0 ↑	1,0 =
SZOE	1,2 ↓	1,3 ↑
RKTR	1,0 ↑	k.B.
SZLI	1,1	1,7 ↓
PDOE	1,5 ↓	2,2 ↓
SZWI	1,1 =	1,1 ↓
SZWE	1,1 ↑	1,1 ↑
PDWE	1,1 ↑	1,4 ↓
SZTR	1,1 =	1,0 ↑
PDBE	1,4 ↓	1,5 ↓
RKWE	1,2 ↑	k.B.
SZMÜ	1,2 ↓	1,4 ↓
KHBE	1,6 ↓	k.B.

**Legende:**

k.B. - Keine Benotung durch MDK vorgesehen

Farbskala der GwB-Schulnotenbewertung

## Anhang 4 – Ergebnisse der Mitarbeitende- und Bewohner- / Patientenbefragungen im Verlauf 2017 – 2019

	2017		2018		2019	
	Befragungsart MA- Zufriedenheit	Befragungsart BW / Pat.- Zufriedenheit	Befragungsart MA- Zufriedenheit	Befragungsart BW / Pat.- Zufriedenheit	Befragungsart MA- Zufriedenheit	Befragungsart BW / Pat.- Zufriedenheit
SZKÖ	1,7	1,8	2,0	1,8	<b>1,8</b>	1,9
SZFR	2,1	1,9	2,1	1,9	1,9	2,0
KHBE	3,0	1,7	3,0	<b>1,7</b>	2,8	1,7
SZLI			2,0	1,9	2,3	2,0
PDBE	2,6	2,0	3,0	2,0	2,5	2,1
SZOE	2,4	2,0	2,0	1,9	2,0	1,9
PDOE	1,8	1,9		1,9	1,9	2,0
SZWI	2,3	2,0	2,5	2,2	2,8	2,0
RKWE	2,3	2,2	2,3	2,2	2,2	2,5
SZWE	2,3	1,8	2,6	1,8	2,3	2,0
PDWE	1,8	1,7	<b>1,9</b>	1,8	<b>1,8</b>	1,7
RKTR	2,1	1,8	2,2	1,9	2,0	<b>1,5</b>
SZTR	2,0	2,0	<b>1,9</b>	2,0	1,9	2,2
SZMÜ	2,7	2,2	2,4	2,2	2,3	2,3
<b>GwB-Gesamt</b>	<b>2,2</b>	<b>1,91</b>	<b>2,3</b>	<b>1,92</b>	<b>2,2</b>	<b>1,98</b>

### Legende:

Kennzahlvorgabe von besser gleich 2 erreicht.
Kennzahlvorgabe von besser gleich 2 nicht erreicht.
<b>Fett:</b> Höchste Zufriedenheit konzernweit.