

Scheve Management
Referat Produkte

**Qualität im Diakoniewerk Bethel
und seinen Beteiligungen:
Interne Revision in Medizin und Pflege**

Qualitätsbericht 2011

Andreas Dietel



**NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL**

Inhalt

1	Einleitung	1
2	Prüfungsgrundlagen	2
3	Prüfungsdurchführung	4
4	Prüfungsergebnisse im Überblick	6
4.1	Bauliches, Wohnliches, Orientierung	6
4.1.1	<i>Konzept Wohnraumgestaltung.....</i>	<i>6</i>
4.1.2	<i>Ausstattung der Wohnbereiche, Stationen und Zimmer (Pflegedienste: Büroräume, Wartezonen).....</i>	<i>7</i>
4.1.3	<i>Ausstattung für gerontopsychiatrische Bewohner (Seniorenzentren)</i>	<i>8</i>
4.1.4	<i>Bewertung der Ausstattung der Wohnbereiche / Stationen, Außenbereiche / Informationsmittel (Pflegedienste: Büroräume, Wartezonen)</i>	<i>9</i>
4.1.5	<i>Bewertung des Umfeldes der Inaugenschein genommenen Bewohner / Patienten.....</i>	<i>10</i>
4.2	Ordnung, Sauberkeit, Hygiene.....	10
4.2.1	<i>Bewertung der Reinigungsleistungen in den Wohnbereichen / Stationen und den Zimmern.....</i>	<i>11</i>
4.2.2	<i>Hygiene.....</i>	<i>12</i>
4.2.3	<i>Gesamteindruck der Hygiene</i>	<i>13</i>
4.3	Konzepte, Standards, Management	13
4.3.1	<i>Führungsprozesse</i>	<i>13</i>
	Diakonisches Profil	13
	Dienstplan / Tourenplan.....	18
	Interne Kommunikation, Einarbeitung neuer Mitarbeiter / Ehrenamtlicher	19
	Mitarbeitergespräche / Teamentwicklung / Ausbildung.....	20
	Fort- und Weiterbildungsmanagement / Literatur.....	21
4.3.2	<i>Qualitätsmanagement.....</i>	<i>22</i>
	Struktur des Qualitätsmanagements.....	22
	Maßnahmen der internen Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung (Umsetzung des ‚Plan-Do-Check-Act‘ – des PDCA-Zyklusses)	23

4.3.3	<i>Sicherheit</i>	24
	Arbeitsschutz / Brandschutz / Wartungs- und Kontrollsystem / Gebäude- und Geländesicherheit	24
4.3.4	<i>Leitbilder, Konzepte und Versorgung</i>	25
	Leitbilder	25
	Konzepte.....	26
4.3.5	<i>Erstkontakt, Erstgespräch, Aufnahme</i>	26
	Versorgung und Integration der Patienten / Bewohner	28
	Überprüfung / Präsentation / Zielerreichung	30
4.3.6	<i>Fachliche Schwerpunkte</i>	31
4.3.7	<i>Standards und Leitlinien</i>	32
	Pflegerischer Bereich.....	33
	Ernährung	33
	Medikamentenversorgung	34
	Geregeltes Notfallmanagement	36
4.4	Ergebnisqualität: (Pflege)-Zustand von Patienten und Bewohnern.....	36
4.5	Ergebnisqualität: Überprüfung der medizinischen Dokumentation	37
4.5.1	<i>Vollständigkeit</i>	37
4.5.2	<i>Formale und inhaltliche Führung der medizinischen Dokumentation</i>	38
4.6	Rezertifizierung 2011	39
4.7	Ergebnisse der Zertifizierungsaudits nach DSP.....	40
4.8	Zentrale Projekte zur Konzernentwicklung 2011.....	41
4.9	Schwerpunkthemen 2011 – Ergebnisse	42
4.10	Schwerpunkthemen 2012	43
4.11	Die Prüfergebnisse nach Schulnoten 2009 bis 2011 in der Synopse	45
5	Managementbewertungen der Einrichtungen im Überblick	46
5.1	Patienten / Bewohnerorientierung.....	46
5.1.1	<i>Kennzahlen der Patienten- / Bewohnerorientierung</i>	46
	Hohe Kapazitätsauslastung	46
	Kontrollierte Fallschwere.....	47
	Komplette Personalbedarfsdeckung	48
5.1.2	<i>Patienten- / Bewohnerbefragung</i>	48
5.1.3	<i>Visitenergebnisse</i>	50

Durchführung Pflegevisiten.....	50
Verbesserungspotenziale Integrations- und Pflegevisiten	51
Audits nach Nationalen Expertenstandards	52
Fokussierte Visiten.....	52
5.1.4 Erstkontakt / Erstgespräch / Aufnahmen.....	53
5.1.5 Pflegeaufwendige Patienten- / Bewohnergruppen zum Stichtag 12/2010.....	53
Pflegeaufwendige Patienten- / Bewohnergruppen zum Stichtag	54
5.2 Mitarbeiterorientierung	55
5.2.1 Kennzahlen der Mitarbeiterorientierung.....	55
5.2.2 Mitarbeitergespräche	56
5.3 Sicherheit.....	57
5.3.1 Arbeitsschutz	57
5.3.2 Hygiene.....	58
5.3.3 Lieferantenbewertung	58
5.4 Qualitätsmanagement.....	59
5.4.1 Fehlermanagement.....	59
5.4.2 Beschwerdemanagement	60
6 Zusammenfassung.....	61
7 Ausblick	67
Anhang	68

1 Einleitung

Das **Gesamtkonzept der Qualitätssicherung** im DwB und seinen 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 naturgemäß ein übergeordnetes strategisches Interesse des Gesellschafters an der medizinischen und pflegerischen Qualität der Bethel-Betriebe. Diese wird durch die Interne Revision in Medizin und Pflege untersucht und abgebildet.

Im neunten Jahr der Internen Revision in Medizin und Pflege wird nicht nur ein zusammenfassender Qualitätsbericht für die Arbeitsfelder (AF) und Unternehmensbeteiligungen (UB) des Diakoniewerkes Bethel (DwB) vorgelegt, sondern erstmals auch ein Benchmark durch die Gegenüberstellung aller Managementbewertungen ermöglicht (siehe auch Qualitätsberichte 2003 - 2010).

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

Das Krankenhaus (KH) sowie die Reha-Kliniken (RK), Seniorenzentren (SZ), Pflegedienste (PD) und die Diakoniestation (DS) wurden im Zeitraum zwischen Januar und Juli einer mehrtägigen Prüfung durch Andreas Dietel (Referatsleiter Produkte) und Pflegedienstleitungen jeweils anderer UB (als Ko-Auditoren) unterzogen.

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

Die zusammenfassende tabellarische Gesamtbeurteilung nach Schulnoten (Prüfergebnisse in der Synopse“, **siehe Kapitel 4.11**) 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 XI, insbes. § 80
- SGB V, insbes. § 137
- Heimgesetz
- Heimmindestbauverordnung
- Heimpersonalverordnung
- Heimmitwirkungsverordnung
- Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe
- Rahmenverträge/Versorgungsverträge nach § 75 SGB XI
- Infektionsschutzgesetz
- Hygienerichtlinien der Länder für Altenpflegeeinrichtungen
- HACCP
- Hygienerichtlinien des RKI (Robert-Koch-Institut)
- Medizinprodukte-Betreiberverordnung
- Krankenpflegegesetz/Altenpflegegesetz
- MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität
- geltende MDS-Richtlinien, u.a. zum Pflegeprozess, zur Pflegedokumentation sowie zur Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

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

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

Grundlagen für die diakoniespezifischen Kriterien sind:

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

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

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

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

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

3 Prüfungsdurchführung

Die Prüfgrundlagen und das Prüfverfahren wurden mit allen Betrieben abgestimmt. Die Prüfung erstreckte sich (je nach Größe) i.d.R. über zwei bis drei Tage pro Betrieb. Die Auditorenbesuche in den Betrieben erfolgten angemeldet.

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

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

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

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

In allen Betrieben fand neben der Dokumentenprüfung der QM-Literatur eine umfassende Begehung statt. Hier wurden entsprechend der Vorgaben des SGB V und XI und (für die Seniorenzentren) des Heimgesetzes die Umsetzung der Gestaltung, insbesondere aber die Einhaltung von Hygiene und Sauberkeit überprüft. Die Kriterien

der Sauberkeit und Hygiene umfassten ebenso die Einhaltung der HACCP für die Küchenbereiche.

Darüber hinaus erfolgte eine Prüfung der direkten pflegerischen und ggf. ärztlichen Ergebnisqualität bei mindestens 6 Patienten/Bewohnern (abhängig von der Größe des Betriebes auch mehr). Parallel hierzu wurde die dazugehörige pflegerische, ärztliche und therapeutische Dokumentation anhand eines festgelegten Kriterienkataloges bewertet. Einige der stichprobenartig ausgewählten Bewohner / Patienten wurden im Anschluss durch die jeweiligen Bezugspflegefachkräfte / durch das behandelnde Team vorgestellt und Veränderungen / Fortschritte des Bewohners / Patienten seit seiner Aufnahme auf Grundlage der medizinischen Dokumentation nachvollzogen.

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

Die Berichte zur Revision enthalten Empfehlungen und Hinweise und stellen die Arbeitsgrundlage für weitere Verbesserungsmaßnahmen bzw. Maßnahmenkataloge der Einrichtungen dar. Die Maßnahmenkataloge werden in GroupWise eingestellt, für die Andreas Dietel, Referatsleiter Produkte, das Leserecht besitzt. Seit 2008 werden darüber hinaus alle Berichte im Internet veröffentlicht, wobei bewohner- und patientenrelevante Daten geschwärzt sind.

4 Prüfungsergebnisse im Überblick

Nachfolgend werden alle ausgewählten Kriterien der sechs Kategorien, im Überblick dargestellt. Die Bewertung erfolgte entweder im Rahmen einer dreistufigen Farbskala (ja, VP, nein) oder in Schulnoten, die durch eine fünfstufige Farbskala unterlegt sind. Die vollständigen Beschreibungen einzelner Kriterien finden sich in den Revisionsberichten der Unternehmensbeteiligungen (UB), die im Internet auf den Seiten der entsprechenden UB veröffentlicht wurden.

Farbkodierungen:

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

4.1 Bauliches, Wohnliches, Orientierung¹

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

4.1.1 Konzept Wohnraumgestaltung

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

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

¹ Diakoniestationen: nur Orientierung

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

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

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

- **Stufenloser Eingang** zur Einrichtung.
- **Aufzüge** mit großen, für Rollstuhlfahrer erreichbaren Bedienelementen (Höhe unter 1,20 m).
- **Handläufe** auf allen Fluren / **Haltegriffe im Sanitärbereich** (Toiletten, Duschen, Badewannen).
- **Behindertengerechtes Bad** und Toilette auf jeder Etage.
- Intakte und erreichbare **Rufanlage** / Intakte **Nachtbeleuchtung**.
- **Höhenverstellbare Pflegebetten**.
- Fußboden **rutschfest**.
- Allgemeine **Orientierungshilfen** (Beschriftung Speiseraum, WC, Büros, etc.).

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

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

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

4.1.3 Ausstattung für gerontopsychiatrische Bewohner (Seniorenzentren)

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

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

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

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

Die Auditoren bewerten während der Begehung folgende Kriterien mittels Schulnoten:

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

	Gestaltung der Gemeinschaftsräume	Gestaltung der Außenbereiche	Erscheinungsbild der Flure etc.	Veranstaltungsübersicht
SZKÖ	2+	1	2+	2+
SZFR	2+	1-	2+	1-
SZLI	1-	3+	1	1
SZOE	1-	2-	1-	1-
SZWI	1	1	1	2
SZWE	1	1-	1	1
SZTR	1-	1	1-	1
SZMÜ	1-	1	1-	1-

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

PDFR	1	1	1	k.B.
PDLI	2	2	2	2
PDOE	1	2	2	1
DSWE	2+	2+	2+	1-

4.1.5 Bewertung des Umfeldes der Inaugenschein genommenen Bewohner / Patienten

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

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

Die Bewertung erfolgt nach Schulnoten.

	Atmosphäre	Verpflegung
SZKÖ	2+	1-
SZFR	2	2-
SZLI	3+	2-
SZOE	1	1
SZWI	k.B.	k.B.
SZWE	2	1-
SZTR	2+	1-
SZMÜ	3	1-

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

PDFR	k.B.	2+
PDLI	k.B.	2+
PDOE	3+	2
DSWE	k.B.	2+

4.2 Ordnung, Sauberkeit, Hygiene

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

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

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

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

	Verkehrsflächen	Gerüche auf den Fluren	Sanitärflächen	Gemeinschaftsräume	Umgebung	Verteilerküche / Pflegedienste: Einrichtungsküche	Bewohner- / Patientenzimmer
SZKÖ	1-	1-	1	1-	2+	1	1-
SZFR	2+	2-	1-	1-	1	1	1-
SZLI	1	1	1	1	3+	1	1-
SZOE	1	1	1	1	1-	1	1-
SZWI	2+	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-	2+	1-	1-

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

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

4.2.2 Hygiene

In den folgenden Tabellen werden Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien der Anforderungen aus dem Diakonie-Siegel Pflege F 4.5 Hygiene zugrunde gelegt.

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

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

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

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

4.2.3 Gesamteindruck der Hygiene

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

- Gesamteindruck auf **Wohnbereichen und Stationen** - hierbei fließen der Umgang mit Arbeitsmitteln, mit dem reinen / unreinen Arbeitsräumen, Lagerungshilfsmitteln, die Lagerung von Verbandsmaterialien und des Sterilgutes sowie die Kleidung der Mitarbeiter ein.
- Gesamteindruck im **Bewohner- / Patientenzimmer** – die Kleidung der Bewohner / Patienten sowie die Sauberkeit des Pflegebettes werden zur Bewertung des Kriteriums herangezogen.

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

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

PDFR	1	t.n.z.
PDLI	3+	t.n.z.
PDOE	1	t.n.z.
DSWE	1-	t.n.z.

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 Mitarbeiter 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/im AF 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	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja

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

PDFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDLI	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
DSWE	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	Seelsorge- rische Betreuung / Zuwendung etc.	Evaluation
SZKÖ	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja
SZLI	ja	ja	ja	nein
SZOE	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja

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

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

Angebote für **Mitarbeiter** umfassen folgende Kriterien:

- Diakonische Anforderungen sind in den **Stellen- und Aufgabenbeschreibungen** für Mitarbeiter und Ehrenamtliche hinterlegt.
- Das Thema „**Arbeiten in christlicher Verantwortung**“ ist Bestandteil von Vor- und **Einstellungsgesprächen**, der individuellen Einarbeitung neuer Mitarbeiter und (sofern vorhanden) von Einführungsseminaren für neue Mitarbeiter.
- **Mitarbeitern** 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 **Mitarbeiter erhält ein Neues Testament** (z.B. in Zusammenarbeit mit dem Gideonbund).
- Das diakonische Profil ist **Bestandteil der Checkliste** zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter und Ehrenamtlicher.
- Regelmäßiger **Tagesordnungspunkt** der protokollierten Dienstbesprechungen sowie in Mitarbeitergesprächen
- Interne und externe **Fortbildungen**, die der Auseinandersetzung mit dem diakonischen Profil der UB / des AF dienen, werden angeboten bzw. die Mitarbeiter für die Teilnahme freigestellt.
- **Seelsorgeangebote** für Mitarbeiter, insbesondere auch für Menschen in persönlichen Krisensituationen, werden am ‚schwarzen Brett‘ veröffentlicht.
- Um **Abschied** nehmen zu können, wird die Teilnahme von Mitarbeitern 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	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZLI	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	VP	ja	ja	ja	ja	ja	ja	VP	ja
SZTR	VP	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja

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

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

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 Mitarbeiter – 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	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.	k.B.

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

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

Dienstplan / Tourenplan

Dienstpläne und zusätzlich in den Pflegediensten Tourenpläne sind:

- **Vollständig erstellt** und dokumentenecht (Beschriftung - Name der Einrichtung, Einsatzbereich, Gültigkeitszeitraum / Dreizeiligkeit - Vor- und Zunahme, Qualifikation, Regelarbeitszeiten / Legende der Abkürzungen / Datum der Erstellung mit Unterschrift der verantwortlichen Personen / PDL (Freigabe) / Berücksichtigung von Freistellungen, Anleitungszeiten (Praxisanleiter), Urlauben und Sonderaufgaben).
- **Bezugspflege** (personelle Kontinuität) wird deutlich.
- Einsatz des Pflegepersonals (Pflegefach- und Pflegekräfte) entsprechend ihrer fachlichen **Qualifikation**.
- **Sonderzeiten** (Teambesprechungen, Pausen, Übergabefenster etc.) / **24-Stunden-Erreichbarkeit (ambulant)**.
- **Soll-/Ist-Planung** bzw. Abgleich.
- Ausweisung von **Ausfallzeiten**.
- Der Zeitpunkt der **Veröffentlichung** soll mindestens **vier Wochen** vor dem **Inkrafttreten** liegen.
- Die **Archivierung** beträgt mindestens 10 Jahre.

	Vollständigkeit	Bezugspflege	Qualifikation	Sonderzeiten / 24 Std. Erreichbarkeit	Soll-/Ist-Abgleich	Ausfallzeiten	Veröffentlichung	Archivierung
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZLI	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja
SZTR	ja	ja	ja	VP	ja	ja	VP	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	VP

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

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

Interne Kommunikation, Einarbeitung neuer Mitarbeiter / Ehrenamtlicher

Folgende Kriterien werden geprüft:

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

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

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

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

Mitarbeitergespräche / Teamentwicklung / Ausbildung

Folgende Kriterien werden geprüft:

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

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

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

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

Fort- und Weiterbildungsmanagement / Literatur

- Die Planung richtet sich nach **Fort- / Weiterbildungsbedarfen** der Mitarbeiter (wird regelmäßig in allen Bereichen erhoben) und den Notwendigkeiten der Einrichtung (z.B. Bedarfe, die sich aus den Auditergebnissen ergeben, neue Anforderungen und Fachschwerpunkte).
- Es gibt ein **Fortbildungsbudget** für die / den Verantwortlichen.
- **Fortbildungspläne** werden regelmäßig für alle Bereiche erstellt sowie bekannt gemacht.
- **Pflichtfortbildungen** sind festgelegt.
- Fortbildungspläne weisen **Fortbildungspunkte** („Registrierung beruflich Pflegenden“, „Fortbildungspunkte“, anerkannt durch die jeweilige Landesärztekammer) aus.
- Die Pläne weisen **Schwerpunktthemen** (→ z.B. angelehnt an die Anforderungen der Nationalen Expertenstandards) aus, die systematisch ‚abgearbeitet‘ werden.
- Die **Teilnahmen** werden **überprüft** und Mitarbeiter, die ihre Pflichtfortbildungen nicht wahrnehmen konnten, nachgeschult.
- Der **Erfolg der Maßnahmen** wird in geeigneter Weise **evaluiert** (z.B. im Rahmen der Nationalen Expertenstandards: Rückgang der Dekubitalgeschwüre / Stürze).
- Eine Auswahl aktueller **Fachbücher** wird für alle Mitarbeiter zugänglich aufbewahrt, die in einer Literaturliste aufgeführt sind. Mindestens eine periodisch erscheinende **Fachzeitschrift** mit **Umlaufdokumentation** wird für die Einrichtung beschafft.

	Fort- / Weiterbildungsbedarfe	Fortbildungsbudget	FB-Pläne für alle Bereiche	Pflichtfortbildungen	Fortbildungspunkte (Registrierung beruflich Pflegenden, Landesärztekammer)	Schwerpunktthemen	Teilnahme wird überprüft	Evaluation des Erfolges	Fachbücher / Fachzeitschriften / Umlauf
SZKÖ	ja	ja	VP	ja	nein	nein	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	VP	ja	nein	nein	ja	ja	ja
SZLI	ja	VP	VP	ja	nein	nein	ja	ja	ja
SZOE	ja	VP	VP	ja	nein	nein	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	VP	VP	ja	nein	nein	ja	ja	ja
SZTR	ja	VP	VP	ja	nein	nein	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja
KHBE	ja	ja	ja	ja	VP	VP	ja	ja	ja
RKWE	ja	ja	ja	ja	VP	VP	ja	ja	ja
RKTR	ja	VP	ja	ja	nein	VP	ja	ja	ja
PDFR	ja	ja	VP	ja	nein	nein	ja	ja	ja
PDLI	ja	ja	VP	VP	nein	nein	ja	ja	ja
PDOE	ja	VP	VP	ja	nein	nein	ja	ja	ja
DSWE	ja	VP	VP	ja	nein	nein	VP	ja	ja

4.3.2 Qualitätsmanagement

Struktur des Qualitätsmanagements

- Eine **Verfahrensweisung** (VA) liegt vor und bezieht sich auf das Diakonie-Siegel Pflege (Kapitel F 3) und KTQ (Kategorie 6).
- Ein **Qualitätsmanagementbeauftragter** (QMB) ist benannt und für die Aufgaben freigestellt.
- Eine **Stellenbeschreibung** für die QMB liegt vor.
- Ein **Qualitätsmanagementhandbuch** (QMH) wurde erstellt und entspricht den Anforderungen des Qualitätsmanagementsystems.
- **Interne Kommunikation:** In die Struktur sind regelmäßige Leitungssitzungen und Qualitätszirkel sowie anlassbezogene Projektgruppen integriert, die der Rückmeldung von Anforderungen und Ergebnissen dienen (Ziel- / Ergebnis- / Anforderungskommunikation ,von oben nach unten / von unten nach oben') sowie die Verwendung der Daten für die Managementbewertung festgelegt.
- Im Rahmen des Qualitätsmanagementsystems werden Abläufe auf Ihre Wirksamkeit hin systematisch überprüft: **Pläne** für die **Audits, Visiten, Qualitätszirkel** etc. liegen vor – Ergebnisse münden in **Maßnahmenpläne**.

	VA	QMB	Stellenbeschreibung QMB	QMH	Interne Kommunikation	Planung der Audits, Visiten, Qualitätszirkel etc. sowie Maßnahmenpläne vorhanden?
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZLI	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	VP	nein	nein	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	VP	ja	ja	ja

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

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

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

- **Verfahrensweisungen** (VA) zu Teilbereichen des Qualitätsmanagements wurden erstellt (Lenkung von Dokumenten, Fehlermanagement, Korrektur- und Vorbeugungsmaßnahmen, Beschwerdemanagement, Interne Audits, Bewohner-/Patientenbefragung, Vorschlagswesen, Umgang mit Bewohner-/Patienteneigentum, Arbeitsschutz, Brandschutz, Wartungs- und Kontrollsystem, Hygienemanagement, Gebäude- und Geländesicherheit).
- Für die Teilbereiche sind jeweils **Mitarbeiter** qualifiziert und **verantwortlich** beauftragt / bestellt, die mit der QMB zusammenarbeiten.
- **Qualitätssicherungsmaßnahmen** werden in allen Teilsystemen regelmäßig durchgeführt (z.B. Begehungen zum Arbeits- / Brandschutz und Hygienemanagement, Pflegevisiten) - **Maßnahmenpläne** liegen in allen Bereichen vor – die Umsetzung wird überprüft und abgezeichnet.
- Der QMB ist die **Instanz**, bei der alle **Ergebnisse** gesammelt werden. Diese werden von ihm in Zusammenarbeit mit den Beauftragten aufbereitet und von ihm oder den Beauftragten regelmäßig in der Einrichtung präsentiert.
- Die Ergebnisse fließen jährlich in die **Managementbewertung** ein, sodass für das darauffolgende Jahr ggf. neue Ziele und geeignete Projekte festgelegt bzw. Maßnahme ergriffen werden können.
- **Ergebnisse, Ziele, Projekte** und geplante Maßnahmen werden in einem geeigneten Rahmen (z.B. Betriebsversammlungen) allen Mitarbeitern präsentiert und in den Leitungs- und Teambesprechungen aller Bereiche **kommuniziert**.

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

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

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

4.3.3 Sicherheit

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

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

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

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

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

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

4.3.4 Leitbilder, Konzepte und Versorgung

Leitbilder

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

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

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

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

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

Konzepte

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

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

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

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

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

4.3.5 Erstkontakt, Erstgespräch, Aufnahme

- **1. Verantwortlichkeiten** sind in allen Berufsgruppen geregelt.
- **2. Checkliste** für den Erstkontakt für Mitarbeiter am Abend, an Wochenenden und Feiertagen ist vorhanden.

- **3. Durch Vorabinformationen** (Erstgespräch, Fax durch Einweiser / Sozialdienste einweisender Institutionen) werden die für alle Berufsgruppen relevanten Informationen systematisch gesammelt und dokumentiert. Die Weiterleitung der Informationen an die Berufsgruppen wird vor der Aufnahme sichergestellt.
- **4. Checkliste Aufnahme:** Am Tag der Aufnahme sind alle notwendigen Vorbereitungen für eine reibungslose Aufnahme abgeschlossen. Der Wohnbereich / die Station ist informiert.
- **5. Die Aufnahme** erfolgt reibungslos – alle notwendigen Informationen (z.B. Risikoermittlung) werden erhoben und weitergeleitet (Pflegedienst, Arztdienst, Hauswirtschaft, Therapie, etc.).

	Pflegedienst					Hauswirtschaft					Soz.Betreuung / Soz.Dienst				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	ja	ja	ja	ja	ja
SZLI	ja	ja	ja	ja	VP	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	ja	ja	ja	ja	VP
SZOE	ja	nein	ja	ja	ja	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	ja	nein	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	nein	ja	ja	ja	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	ja	nein	ja	ja	ja
SZTR	VP	VP	ja	ja	ja	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	VP	VP	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	ja	ja	ja	ja	ja

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

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

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

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

	Arztdienst					Therapeutischer Dienst					Technischer Dienst				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
PDFR	ja	ja	ja	ja	ja	t.n.z.	t.n.z.	ja	ja	ja	t.n.z.	t.n.z.	ja	ja	t.n.z.
PDLI	ja	ja	ja	t.n.z.	ja	t.n.z.	t.n.z.	ja	t.n.z.	ja	t.n.z.	t.n.z.	ja	t.n.z.	t.n.z.
PDOE	ja	ja	ja	ja	ja	t.n.z.	t.n.z.	ja	ja	ja	t.n.z.	t.n.z.	ja	ja	t.n.z.
DSWE	VP	nein	ja	t.n.z.	ja	t.n.z.	t.n.z.	ja	t.n.z.	ja	t.n.z.	t.n.z.	ja	t.n.z.	t.n.z.

Versorgung und Integration der Patienten / Bewohner

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

- **1. Behandlungs- / Versorgungsprozesse - Verantwortlichkeit** für Planung, Durchführung und Bewertung - bspw. durch Nationalen Expertenstandards / Verfahrensanweisungen / Leitlinien.
- **2. Integration in den Behandlungsprozess: Aus der Risikoeinschätzung abgeleitete Planungen und Maßnahmen.** Hierunter fallen alle bspw. in der Anamnese erfragten Aspekte, wie BMI, PEG, Dauerkatheter, Inkontinenz, Dekubitus- und Sturzrisiko, Schmerzsymptomatik, Infektionsrisiken (MRSA), Beeinträchtigung der Alltagskompetenzen, gerontopsychiatrische Beeinträchtigungen, Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen (FeM).
- **Nur Soziale Betreuung / Sozialdienst:** Erstellung von **Angeboten** / Einbezug der Bewohner in die Erstellung der Angebote (z.B. über den Heimbeirat) / Aushang und Bekanntmachung der Angebote.
- **3. Die Maßnahmen, wie bspw. die der Behandlungspflege sind in geeigneter Form, wie Verordnungen des Arztes, **aktuell** und schriftlich **dokumentiert**.**
- **Nur Soziale Betreuung / Sozialdienst:** Wird die **Integration** der zielgerichteten Beratung und sozialen Betreuung **in den Pflegeprozess** sichergestellt? Gehen Einzelbetreuung und Beratungen auf die in der Pflegeanamnese / Biografie / Pflegeplanung dokumentierten Unterstützungsbedarfe ein? Werden Maßnahmen und Ergebnisse in der Pflegedokumentation erwähnt?

	Pflegedienst			Hauswirtschaft			Soz.Betreuung / Soz.Dienst		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
SZKÖ	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein
SZLI	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	ja	VP	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	VP	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	VP	ja	ja	VP	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja

	Pflegedienst			Hauswirtschaft			Soz.Betreuung / Soz.Dienst		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
KHBE	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.	k.B.	t.n.z.	t.n.z.
RKWE	ja	ja	ja	VP	VP	ja	ja	t.n.z.	ja
RKTR	VP	ja	ja	ja	VP	ja	t.n.z.	ja	ja

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

	Arztdienst			Therapeutischer Dienst			Technischer Dienst		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
SZKÖ	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	ja	t.n.z.	t.n.z.
SZFR	t.n.z.	t.n.z.	ja	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	ja	t.n.z.	t.n.z.
SZLI	ja	k.B.	ja	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	VP	t.n.z.	t.n.z.
SZOE	t.n.z.	t.n.z.	ja	ja	ja	t.n.z.	ja	t.n.z.	t.n.z.
SZWI	ja	t.n.z.	ja	ja	t.n.z.	ja	ja	t.n.z.	t.n.z.
SZWE	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	ja	t.n.z.	t.n.z.
SZTR	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	ja	t.n.z.	t.n.z.
SZMÜ	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	ja	t.n.z.	t.n.z.

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

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

Überprüfung / Präsentation / Zielerreichung

Insgesamt wird das Versorgungsergebnis überprüft:

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

	Bewohner- / Patientenbefragung bethelweit	Bewohner- / Patientenbefragung unterjährig	Evaluation Aufnahme - Versorgungsprozess	Ergebnispräsentation	Maßnahmenpläne / Zielerreichung
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	VP	ja	ja	ja	ja
SZLI	nein	ja	ja	VP	VP
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	VP	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja

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

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

Fachliche Schwerpunkte

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

	Schwerpunkt vorhanden	Wenn ja, welcher (e)?
SZKÖ	nein	
SZFR	nein	
SZLI	nein	
SZOE	nein	
SZWI	ja	Niederschwelliges Angebot: Demenzkafee / Beschützender Bereich für demenziell veränderte Bewohner
SZWE	ja	Keine Zusatzleistung nach SGB XI: Beschützender Bereich für Bewohner mit gerontopsychiatrischem Hintergrund
SZTR	nein	
SZMÜ	ja	Keine Zusatzleistung nach SGB XI: Beschützender Bereich für Bewohner mit gerontopsychiatrischem Hintergrund.
KHBE	ja	Perioperative Schmerztherapie, Endoskopie, Endoprothetik
RKWE	ja	Geriatrische Rehabilitation, ambulante Angebote der Physio- und Ergotherapie
RKTR	ja	Geriatrische Rehabilitation, ambulante Angebote der Kinderlogo- und -ergotherapie
PDFR	nein	
PDLI	ja	Niederschwelliges Angebot: Projekt Haltestelle
PDOE	nein	
DSWE	ja	Niederschwellige Betreuungsangebote nach § 45c SGB XI: Demenzgruppen

4.3.6 Standards und Leitlinien

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

	Pflegedienst	Hauswirtschaft	Soz.Betreuung / Sozialdienst	Arztdienst	Therapeutischer Dienst	Technischer Dienst
SZKÖ	ja	ja	ja	t.n.z.	t.n.z.	ja
SZFR	ja	ja	VP	t.n.z.	t.n.z.	ja
SZLI	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	t.n.z.	t.n.z.	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja

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

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

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 gemäß Verfahrensanweisung des Diakoniewerks Bethel durchgeführt.
- **Audits** nach Empfehlung des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP).
- **Fokussierte Visiten** werden durchgeführt.

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

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

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

Ernährung

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

- Die Einhaltung der **Richtlinien und Standards** (HACCP, LmG, Verordnungen zur Lebensmittelhygiene) werden durch Begehungen regelmäßig überprüft / Lieferantenbewertungen liegen vor (bei Auslagerung der Leistung).

- **Essenszeiten** (Ausreichender Zeitraum zur Nahrungsaufnahme, Mittagessen nicht vor 12 h / Abendessen nicht vor 18 h, Zwischen- und Spätmahlzeiten für alle Patienten und Bewohner, Nahrungskarenz in der Nacht nicht länger als 10 h bis maximal 12 h, besondere Bedeutung für dementiell Erkrankte und Diabetiker).
- **Getränkeversorgung** (nachvollziehbare Information der Bewohner über die Getränkeauswahl und Bereitstellung, Kalt- und Warmgetränke sind jederzeit verfügbar, regelmäßige Getränkestunden, Getränkestationen).

	Richtlinien und Standards	Essenszeiten	Getränkeversorgung
SZKÖ	VP	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja
SZLI	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja
SZMÜ	VP	ja	ja

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

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

Medikamentenversorgung

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

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

- Entsprechen die **gestellten Medikamente** denen, die der Arzt **angeordnet** hat?
- Die BTM werden ausschließlich im **BTM-Buch** geführt und ausgetragen. Die **Dokumentation** stimmt mit dem Bestand und den Verordnungen von BTM überein.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- mit der Einrichtung, der Freundlichkeit des Personals

- mit den Beschäftigungsangeboten
- den kirchlichen Angeboten
- der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Versorgung

Die Bewertung erfolgt im Schulnotensystem:

	Direkte Pflege / Gesamtbewertung Auditoren	Zufriedenheit
SZKÖ	1-	1-
SZFR	1-	2+
SZLI	2+	2-
SZOE	1-	2+
SZWI	1	1-
SZWE	1-	1-
SZTR	1-	2-
SZMÜ	1-	3+

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

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

4.5 Ergebnisqualität: Überprüfung der medizinischen Dokumentation

4.5.1 Vollständigkeit

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

1. Stammbblatt
2. Pflegeanamnese / Biografieblatt
3. Pflegeplanung
4. Pflegebericht
5. Leistungsnachweis / -dokumentation
6. Betreuungsplanung bzw. -nachweis
7. Dekubitusrisikoskala / -einschätzung
8. Lagerungsprotokoll

9. Wundprotokoll / -dokumentation
10. Ernährungs- / Trinkprotokoll
11. Sturzrisiko
12. (Förderung der Harnkontinenz)
13. Vitalzeichenkontrollblatt
14. Ärztliches Verordnungsblatt / Visitenprotokoll
15. (Schmerzdokumentation)
16. Medikamentenplan
17. (Therapiedokumentation / Aktivierungsbogen)
18. Seelsorge
19. Überleitungsbogen

Krankenhäuser zusätzlich:

20. Ärztliches Verlaufsblatt
21. Therapeutisches Verlaufsblatt
22. Befunddokumentation

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

KHBE	2+
RKWE	2-
RKTR	2+

PDFR	2+
PDLI	2+
PDOE	2+
DSWE	2

4.5.2 Formale und inhaltliche Führung der medizinischen Dokumentation

Die Überprüfung der Pflegedokumentation konzentriert sich auf die **Darstellung des Pflegeprozesses** in der Pflegeplanung und im –bericht sowie alle ergänzenden Bestandteile. Vor allem die Entwicklung eines Bewohners / Patienten von der Aufnahme bis zum Prüfungszeitpunkt muss sich anhand der Pflegeplanung und seiner Aus- und

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

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

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

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

PDFR	1	1-
PDLI	3+	2
PDOE	2+	1-
DSWE	1-	2

4.6 Rezertifizierung 2011

Seit 2010 sind alle Seniorenzentren, Pflegedienste, Krankenhäuser und die Pflegedienste sowie die Diakoniestation (im Folgenden nur noch ‚Pflegedienste‘ bzw. PD) nach Diakonie-Siegel Pflege (DSP) bzw. Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ) zertifiziert.

Für alle Seniorenzentren und Pflegedienste begann 2010 der Rezertifizierungszyklus nach dem bewährten Verfahren der ‚Matrixzertifizierung‘. 2011 Jahr bestätigten die Seniorenzentren SZOE, SZWE, SZTR und SZMU die Zertifizierung nach DSP.

Die Auditoren der proCum Cert GmbH, Herr Seisler und Herr Lukasik, fokussierten auf sogenannten Überprüfungs- (Check) und Anpassungsschritten (Act) des Plan-Do-Check-Act-Zyklusses. Die Ergebnisse sind im **1. Bericht zur Systemförderung 2011**² nachzulesen. Der Bericht wurde im Internet veröffentlicht².

Die Prüfung der Eignung des QM-Systems der SMG durch die Auditoren der proCum Cert fand dieses Mal in Form einer Dokumenteneinsicht (Managementbewertungen / Revisionsberichte 2010 / Zentrale Projekte 2010) statt.

Fakultativ für alle Einrichtungen ist die Zertifizierung nach DIN-EN-ISO 9001:2008. Die Seniorenzentren SZOE, SZTR und SZMU haben sie 2011 erfolgreich durchlaufen.

Die nächsten Termine der Rezertifizierung nach DSP für 2012 wurden mit allen Beteiligten vereinbart und betreffen die Seniorenzentren SZKO und SZFR, die Pflegedienste PDJR, PDOE sowie die DSWE. Nach KTQ werden das KHBE und die RKTR rezertifiziert.

4.7 Ergebnisse der Zertifizierungsaudits nach DSP

Mit der diesjährigen ‚Systemförderung‘ der oben genannten Unternehmensbeteiligungen ist die zweite Runde der Rezertifizierung abgeschlossen.

Die Auditoren von proCum Cert haben im DwB einrichtungsübergreifend folgende Stärken festgestellt (**vgl. Bericht zur Systemförderung, 2011: 4**):

- Der Mensch steht im Mittelpunkt, **gelebte Diakonie**.
- **Sehr gute Qualitätslenkung** durch die **SMG** und die **QM-Beauftragten** vor Ort.
- Aussagekräftige, zielorientierte **Managementbewertungen** und **Interne Revisionen**.
- Hohe **Kunden- und Mitarbeiterorientierung**.

² www.bethelnet.de/index2.php?site=qualitaetsentwicklung_qualitaetsberichte

- Einheitliches und stabiles **QM-System**.

Einrichtungsübergreifende Verbesserungspotenziale lauten wie folgt:

- Es wäre sinnvoll, in die Managementbewertungen den Punkt der sich ändernden Rahmenbedingungen aufzunehmen.
- Zur Vereinfachung des Verfahrens sollte überlegt werden, die Datenschutzbelehrungen zentral zu regeln.
- Nach der Umstellung der Pflegevisite sollte nochmals eine Nachbesprechung mit allen Beteiligten stattfinden.

Weitere Stärken und Verbesserungspotenziale, die in den vier zertifizierten Seniorenzentren erkannt wurden, müssen beutelweit beachtet und umgesetzt werden. Zu diesem Zweck ging der Bericht allen Unternehmensbeteiligten zu.

4.8 Zentrale Projekte zur Konzernentwicklung 2011

2011 wurden keine zentralen Projekte zur Konzernentwicklung durchgeführt. Die 2010 durchgeführten Projekte - Vereinheitlichung des konzernweiten Verständnisses der DSP und KTQ-Anforderungen ³, Benchmark: Vereinheitlichung der UB-Managementbewertungen, Vereinheitlichung der Pflegevisiten: Entwicklung eines gemeinsamen Bewertungskataloges (→ vgl. Qualitätsbericht 2010: 42f.) – wurden stattdessen bezüglich ihres Umsetzungsgrades überprüft.

Die für jedes Geschäftsfeld entwickelten und vereinheitlichten Pflegevisitenkataloge wurden in allen Einrichtungen eingeführt, zum Teil mit Schwierigkeiten, die typischerweise im Nachgang der Projekte auftreten können: Die Fragen und ihr Bewertungsmodus erschienen den Protagonisten in den Einrichtungen nicht so klar, wie ihren Autoren (=Projektteilnehmer), die Datenmatrix zur Pflegevisite wurde nicht von allen Einrichtungen verwendet und die Auswertungen der Visiten fanden mit Verzögerung statt. Auf Auffälligkeiten, die sich auf den Stationen / Wohnbereichen zeigten, konnten sie folglich nicht zeitnah reagieren (**siehe Kapitel 6, Zusammenfassung**).

³ Bundesrahmenhandbuch ‚Diakoniesiegel-Pflege‘; Manual ‚Kooperation für Transparenz und Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen‘

Darüber hinaus wird der Zeitbedarf für Planung, Durchführung und Auswertung der Ergebnisse, ihrer Aufbereitung und Präsentation von den Einrichtungen sehr unterschiedlich eingeschätzt.

Um die Rückmeldungen der Einrichtungen zentral bearbeiten und die Kataloge ggf. anpassen zu können, wird im November 2011 ein Nachbereitungstag durchgeführt, zu dem alle ehemaligen Projektmitglieder aus den Einrichtungen eingeladen entsenden.

4.9 Schwerpunktthemen 2011 – Ergebnisse

Folgende Prüfungsschwerpunkte wurden während der Internen Revisionen thematisiert:

- **Fehlermanagement / Vorbeugemanagement** – Check- und Act-Schritte sollten in allen Einrichtungen auf alle Bereiche nachweisbar angewandt werden. Der Umgang mit Fehlern und das Ableiten geeigneter Vorbeugemaßnahmen wurden sowohl während der Rezertifizierungsaudits als auch der Internen Revisionen thematisiert. Nicht alle Fehler werden in den Einrichtungen systematisch ausgewertet oder fließen in einen zentralen Maßnahmenplan – wie bspw. Pflegevisiten- oder Hygieneauditergebnisse. Es ließ sich jedoch bethelweit eine zunehmende Sensibilisierung der Verantwortlichen für dieses Thema feststellen: Im KHBE wurde beispielsweise ein anonymes Meldesystem für ‚Beinaheunfälle‘ (CIRS) eingeführt.
- Bei der **Umsetzung der Nationalen Expertenstandards (NES)** wiesen die Einrichtungen auch 2011 noch kein einheitliches Niveau auf, so dass dieses Thema als Prüfungsschwerpunkt erhalten bleibt. Die Festlegung der Durchführungs- und Prozessverantwortlichen sowie der zustandsangemessenen Evaluations- bzw. **Dokumentationsintervalle** (s.u.) bereitet weiterhin Schwierigkeiten. Im Rahmen des Projektes zur Einführung von MCC.Net, welches nicht wie geplant bereits in der ersten Jahreshälfte beginnen konnte, werden diese Aspekte thematisiert. Der tatsächliche Umfang der NES übersteigt den in den Bethelkonventionen festgelegten häufig bei weitem. Die Fokussierung auf das Wesentliche und dessen Darstellung auf zwei bis drei Seiten ist noch nicht allen Verantwortlichen gelungen.

- Die **prospektive Festlegung von Dokumentationsintervallen** in der Pflegeplanung, die sich nach der Dringlichkeit auftretender (Pflege-) Phänomene (stabil bzw. chronisch / instabil bzw. akut) richtet, stellt noch keine Routine für Pflegefachkräfte dar. Zu häufig werden stattdessen ‚Routineintervalle‘ (vierwöchig, 3-monatlich, halbjährlich) angegeben (vgl. Qualitätsbericht 2010: 43f.).
- **Umstellung von MCC.Classic auf MCC.Net:** Das bereits für die erste Jahreshälfte 2011 geplante Projekt musste auf die zweite Hälfte verschoben werden.
- **Weiterentwicklung von Atoss und C&S:** Bezüglich der Umsetzung der Anforderungen des Diakoniewerks weisen beide Programme immer noch Optimierungspotenzial auf – in Atoss kann beispielsweise immer noch kein Fortbildungskatalog eingelesen und interner Fortbildungsaufwand für die konzernweite Kennzahl automatisch berechnet werden. C&S kann den Anforderungen des Tourencontrollings weiterhin nicht entsprechen.
- **„Vereinheitlichung des konzernweiten Verständnisses** der DSP und KTQ-Anforderungen‘: Die gemeinsamen Konventionen werden bis auf wenige Ausnahmen und die bereits genannten NES in allen Einrichtungen umgesetzt. Sie werden im Rahmen künftiger Revisionen stichprobenweise thematisiert.

4.10 Schwerpunktthemen 2012

Aus den Ergebnissen von 2011 leiten sich für 2012 folgende Prüfungsschwerpunkte ab:

- **Fehlermanagement / Vorbeugemanagement** – Check- und Act-Schritte müssen in allen Einrichtungen auf alle relevanten Bereiche angewandt werden.
- **Nationale Expertenstandards (NES)** – Die Prozess- und Durchführungsverantwortlichkeiten müssen eindeutig geklärt, die Durchführung von Audits nach NES zur Kontrolle der Umsetzung der Expertenstandards auf Grundlage von repräsentativen Stichproben gewährleistet und prospektiv zustandsangemessene Evaluationsintervalle von den Bezugspflegefachkräften festgelegt werden.

- Das **Nachfolgeprodukt von MCC.Classic** wird in allen Einrichtungen auf Grundlage der Erfahrungen mit der Datenmigration, die 2010 im SZOE gesammelt wurden, **eingeführt**. Sukzessive müssen die entsprechenden Module eingeführt und auf die Anforderungen des konzernweiten Pflichtenheftes angepasst werden (z.B. Möglichkeit der prospektiven Festlegung von **Dokumentationsintervallen**). Hierfür wird eine Projektgruppe gebildet und zentral gesteuert, die sich aus Mitarbeitern aller UB und Repräsentanten aller Berufsgruppen zusammensetzt.
- **Weiterentwicklung von Atoss und C&S**: Die Programme müssen die Anforderungen des Diakoniewerks bzgl. der Kennzahlen oder der Qualitätssysteme erfüllen. Es muss geklärt werden, ob für C&S Alternativen gesucht werden sollten, wenn C&S nicht angepasst werden kann.

4.11 Die Prüfergebnisse nach Schulnoten 2009 bis 2011 in der Synopse

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

Pos. 2011	Pos. 2010	UB/AF	Vor-Ort-Prüftermine	Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung (DS: nur Orientierung)			Ordnung, Sauberkeit, Hygiene			Konzepte und Standards			Pflegerisches / ärztliches / therapeutisches Management			Ergebnisqualität: (Pflege-)Zustand der BW / Pat.			Ergebnisqualität: Dokumentation			Durchschnitt (Pflegezustand doppelt gewichtet)		
				09	10	11	09	10	11	09	10	11	09	10	11	09	10	11	09	10	11	09	10	11
1.	1.	SZOE	07.02.2011	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1-2	1 -	1 -	1	1	1	2 +	1-2	1 -	1,2	1,1	1,0 ⬆
2.	2.	PDFR	16.3. - 17.3.2011	1	1	1	1	1	1 -	1-2	1-2	1 -	2	1-2	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1,2	1,1	1,1 ⬆
2.	6.	SZFR	13.1.-14.1.2011	1-2	1-2	1-2	2 +	2	1 -	1-2	1 -	1	1-2	1-2	1 -	1-2	1-2	1 -	3 +	2 +	1-2	1,8	1,6	1,1 ⬆
2.	2.	SZWI	25.5. - 26.5.2011	2	1 -	1	2 +	1	1	1-2	1-2	1 -	1-2	1-2	1 -	1 -	1	1	1-2	1	1-2	1,5	1,1	1,1 =
2.	5.	RKTR	13.7. - 14.7.11	2 +	1-2	1	1	1	1-2	2 +	2 -	1-2	2 +	1 -	1 -	1-2	1-2	1	1-2	1 -	1 -	1,6	1,4	1,1 ⬆
2.	7.	SZTR	22.02.2011	1 -	1	1 -	1 -	1	1	2 -	3	1 -	2-3	2-3	1 -	1 -	1 -	1 -	2 +	2 -	2	1,5	1,6	1,1 ⬆
3.	3.	SZKÖ	14.6. - 15.6.2011	2 -	1-2	1-2	1-2	1-2	1 -	1 -	2 +	1 -	1-2	1 -	1-2	1 -	1 -	1 -	2 +	1 -	1-2	1,4	1,3	1,2 ⬆
3.	9.	SZMÜ	24.02.2011	2 +	2	1 -	1-2	2	1	1 -	2 -	2 +	2 +	2 -	1-2	1-2	2 +	1 -	1 -	2	1 -	1,5	2,0	1,2 ⬆
4.	7.	KHBE	10.01.-11.01.11	3-4	2-3	2 +	1 -	2	1-2	k.B.	1-2	1 -	k.B.	1-2	1 -	1 -	1	1 -	2 +	2 +	1-2	1,7	1,6	1,3 ⬆
4.	9.	PDOE	8.2.-9.2.2011	1 -	1	1	1	1 -	1 -	2	3	1-2	2-3	3	1-2	2	1-2	1	3	3	2	1,9	2,0	1,3 ⬆
5.	4.	SZWE	21.02.2011	1 -	1	1	1 -	1	1	1	1 -	2 -	2 +	1-2	1-2	1-2	1 -	2 +	2	2	2	1,4	1,4	1,4 =
6.	8.	RKWE	30.3. - 31.3.2011	1 -	1 -	1-2	1-2	1-2	1 -	2 -	2 -	1-2	3 +	3	2 +	1-2	1-2	1-2	2 -	2 -	1-2	1,8	1,8	1,5 ⬆
7.	11.	SZLI	12.4.-14.4.2011	2-3	4	3	2 +	2	1-2	4 -	2-3	1-2	3 -	2-3	1-2	2	2	1-2	3-4	3	1-2	2,7	2,5	1,7 ⬆
7.	7.	PDLI	01.02.-02.02.2011	3 +	2	2	1-2	2	2-3	1-2	1-2	2 +	2	1 -	1-2	2 +	1-2	1 -	2-3	2 -	2	2,1	1,6	1,7 ⬇
7.	10.	DSWE	10.5. - 12.5.2011	3 +	3 -	1-2	2 -	2-3	2 +	3 +	3-4	3 +	2-3	2-3	2 -	2 +	1 -	1 -	2 +	2-3	1-2	2,4	2,3	1,7 ⬆

5 Managementbewertungen der Einrichtungen im Überblick

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 Krankenhaussfälle 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 bzw. Seniorenhäuser 98%.

	1. Quartal: Hohe Kapazitätsauslastung - erbrachte / mögliche Berechnungstage	2. Quartal: Hohe Kapazitätsauslastung - erbrachte / mögliche Berechnungstage	3. Quartal: Hohe Kapazitätsauslastung - erbrachte / mögliche Berechnungstage	4. Quartal: Hohe Kapazitätsauslastung - erbrachte / mögliche Berechnungstage	Gesamt 2010
SZKÖ	96,0%	95,9%	97,9%	95,2%	96,2%
SZFR	100,1%	100,9%	99,5%	100,2%	100,2%
SZLI	99,2%	95,7%	92,6%	88,5%	94,0%
SZOE	94,4%	92,8%	93,8%	90,7%	92,9%
SZWI	95,9%	94,8%	96,0%	92,7%	94,9%
SZWE	98,6%	89,3%	94,1%	95,1%	94,2%
SZTR	76,9%	80,6%	87,0%	86,4%	82,7%
SZMÜ	100,6%	100,7%	101,4%	101,4%	101,0%
KHBE	107,5%	98,4%	102,2%	109,8%	104,5%
RKWE	75,4%	69,8%	63,4%	73,0%	70,4%
RKTR	59,7%	58,7%	64,2%	59,8%	60,6%

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 / Pflegedienst: Für Seniorenzentren und Pflegedienste 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. Für die Pflegedienste werden die in Leistungskomplexen zusammengefassten Einzelverrichtungen in Personalstunden umgerechnet.

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

	1. Quartal: Kontrollierte Fallschwere, Pflegestufenentwicklung - vereinbarte Leistungsstunden / Anzahl Leistungsempfänger	2. Quartal: Kontrollierte Fallschwere, Pflegestufenentwicklung - vereinbarte Leistungsstunden / Anzahl Leistungsempfänger	3. Quartal: Kontrollierte Fallschwere, Pflegestufenentwicklung - vereinbarte Leistungsstunden / Anzahl Leistungsempfänger	4. Quartal: Kontrollierte Fallschwere, Pflegestufenentwicklung - vereinbarte Leistungsstunden / Anzahl Leistungsempfänger	Gesamt 2010
SZKÖ	57,83	56,91	60,85	59,43	58,76
SZFR	59,17	50,68	59,44	55,32	56,15
SZLI	64,04	66,29	73,98	71,29	68,90
SZOE	62,52	60,63	63,98	62,95	62,52
SZWI	62,02	57,74	61,36	58,90	60,01
SZWE	69,89	67,83	63,86	62,04	65,90
SZTR	60,42	58,90	57,06	61,49	59,47
SZMÜ	69,72	67,28	68,43	63,96	67,35
KHBE	1,32	1,29	1,33	1,27	1,30
RKWE	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
RKTR	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
PDFR	19,71	14,02	15,71	16,07	16
PDLI	40,06	37,10	43,32	39,58	40
PDOE	22,05	26,11	33,48	32,86	29
DSWE	24,40	24,22	28,90	28,03	26

Komplette Personalbedarfsdeckung

Die Kennzahl vermittelt einen Überblick, inwiefern vorhandene Personalressourcen eingesetzt werden bzw. vor dem Hintergrund der Leistungsnachfrage eine Überdeckung oder Unterdeckung besteht.

Der **Referenzwert** beträgt 100%, der ‚Toleranzwert‘ liegt zwischen 99% und 101%.

	1. Quartal: Komplette Personalbedarfsdeckung - erbrachte Leistungsstunden / vereinbarte Leistungsstunden	2. Quartal: Komplette Personalbedarfsdeckung - erbrachte Leistungsstunden / vereinbarte Leistungsstunden	3. Quartal: Komplette Personalbedarfsdeckung - erbrachte Leistungsstunden / vereinbarte Leistungsstunden	4. Quartal: Komplette Personalbedarfsdeckung - erbrachte Leistungsstunden / vereinbarte Leistungsstunden	Gesamt 2010
SZKÖ	99,45%	100,21%	98,50%	100,10%	99,57%
SZFR	96,44%	85,05%	93,93%	91,94%	91,84%
SZLI	92,78%	100,42%	103,85%	102,19%	99,81%
SZOE	87,67%	88,44%	88,73%	88,21%	88,26%
SZWI	94,68%	101,69%	95,38%	92,38%	96,03%
SZWE	94,60%	95,17%	93,95%	94,27%	94,50%
SZTR	90,55%	92,39%	82,67%	88,89%	88,62%
SZMÜ	97,50%	95,67%	94,97%	94,31%	95,61%
KHBE	98,60%	97,81%	96,10%	97,81%	97,58%
RKWE	93,38%	86,75%	115,64%	113,18%	102,24%
RKTR	116,20%	115,62%	95,84%	95,92%	105,89%
PDFR	106,02%	102,43%	100,79%	97,85%	101,77%
PDLI	95,08%	94,28%	95,06%	95,23%	94,91%
PDOE	139,50%	113,33%	98,88%	97,70%	112,35%
DSWE	92,76%	92,54%	93,02%	92,44%	92,69%

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 Mitarbeiter beim Ausfüllen der Fragebögen behilflich assistieren müssen oder Fragebögen im ambulanten Bereich direkt von den Patienten an die Mitarbeiter weitergereicht werden.

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

	Konzernweit – Durchschnittsnote
SZKÖ	1,9
SZFR	1,5
SZLI	2,0
SZOE	2,0
SZWI	1,7
SZWE	1,6
SZTR	2,1
SZMÜ	2,5

KHBE	1,9
RKWE	1,6
RKTR	1,7

PDFR	1,7
PDLI	1,6
PDOE	1,6
DSWE	1,6

5.1.3 Visiteregebnisse

Durchführung Pflegevisiten

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

Jeder weitere Bewohner / Patient wird einmal pro Jahr auf Grundlage des Pflegevisitengesamtkataloges visitiert (ambulant: ausschließlich Patienten des SGB XI-Bereiches) - inklusive der Visiten nach MDK-Katalog, die im Rahmen des Diakoniesiegels Pflege durchgeführt werden. Für die Reha-Kliniken werden 10% der Anzahl versorgter Patienten pro Jahr für die Planung der Pflegevisiten zugrunde gelegt, für das KHBE werden zwei Visiten monatlich pro Station geplant und durchgeführt. Weichen Planzahl und Istzahl stark voneinander ab, können Führungsprobleme vermutet werden, die in der Folge die Gesamtqualität negativ beeinflussen.

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

	1. Quartal: Anzahl geplanter / durchgeführter Pflegevisiten	2. Quartal: Anzahl geplanter / durchgeführter Pflegevisiten	3. Quartal: Anzahl geplanter / durchgeführter Pflegevisiten	4. Quartal: Anzahl geplanter / durchgeführter Pflegevisiten
SZKÖ	112,50%	95,00%	130,00%	106,06%
SZFR	100,00%	100,00%	102,33%	109,09%
SZLI	91,89%	76,00%	120,00%	62,96%
SZOE	100,00%	100,00%	80,00%	118,92%
SZWI	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
SZWE	66,67%	94,29%	81,25%	100,00%
SZTR	76,09%	76,19%	0,00%	75,00%
SZMÜ	272,41%	95,31%	94,74%	82,03%
KHBE	93,75%	95,31%	84,38%	118,75%
RKWE	25,00%	33,33%	100,00%	100,00%
RKTR	0,00%	0,00%	0,00%	180,00%
PDFR	65,52%	124,00%	100,00%	75,00%
PDLI	160,00%	140,00%	82,50%	55,00%
PDOE	87,50%	100,00%	55,56%	122,22%
DSWE	291,67%	119,35%	124,14%	146,67%

Verbesserungspotenziale Integrations- und Pflegevisiten

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

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	VP	VP
SZFR	k.B.	VP
SZLI	VP	Gut
SZOE	VP	VP
SZWI	VP	VP
SZWE	Gut	Gut
SZTR	k.B.	k.B.
SZMÜ	Gut	VP

KHBE	t.n.z.	Gut
RKWE	t.n.z.	Nein
RKTR	t.n.z.	Nein

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

Audits nach Nationalen Expertenstandards

Jede Einrichtung muss ab 2011 mindestens zwei **Audits nach Nationalen Expertenstandards** pro Jahr durchführen. Der Erfüllungsgrad muss zwei Jahre nach Implementierung des jeweils geprüften Standards 90% betragen.

	1. Audit eines Nationalen Expertenstandards	Umsetzungsgrad Patienten- / Bewohneraudit	Umsetzungsgrad Personalbefragung	2. Audit eines Nationalen Expertenstandards	Umsetzungsgrad Patienten- / Bewohneraudit	Umsetzungsgrad Personalbefragung
SZKÖ	Sturzprophylaxe	0%	0%	k.B.	0%	0%
SZFR	Harnkontinenz	75%	0%	Chronische Wunden	40%	0%
SZLI	k.B.	0%	0%	k.B.	0%	0%
SZOE	Förderung der Harnkontinenz	41%	0%	k.B.	0%	0%
SZWI	Sturzprophylaxe	78%	0%	k.B.	0%	0%
SZWE	k.B.	0%	0%	k.B.	0%	0%
SZTR	k.B.	0%	0%	k.B.	0%	0%
SZMÜ	k.B.	0%	0%	k.B.	0%	0%

KHBE	k.B.	0%	0%	k.B.	0%	0%
RKWE	k.B.	0%	0%	k.B.	0%	0%
RKTR	k.B.	0%	0%	k.B.	0%	0%

PDFR	k.B.	0%	0%	k.B.	0%	0%
PDLI	Chronische Wunden	25%	80%	k.B.	0%	0%
PDOE	k.B.	0%	0%	k.B.	0%	0%
DSWE	Sturzprävention	0%	0%	Schmerzmanagement	0%	0%

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 Kriterium (z.B. Mundstatus: Gut gepflegter Mund) kann nur erfüllt oder nicht erfüllt sein. Der Erfüllungsgrad wird in % angegeben.

	1. Fokussierte Visite (Thema)	Umsetzungsgrad in %	2. Fokussierte Visite (Thema)	Umsetzungsgrad in %
SZKÖ	FeM lt. Anordnung	100%	Erreichbarkeit der Notklingeln	75%
SZFR	k.B.		k.B.	
SZLI	k.B.		k.B.	
SZOE	Hautstatus	83%		
SZWI	Hautstatus	100%	Mundstatus	100%
SZWE	k.B.		k.B.	
SZTR	k.B.		k.B.	
SZMÜ	k.B.		k.B.	

	1. Fokussierte Visite (Thema)	Umsetzungsgrad in %	2. Fokussierte Visite (Thema)	Umsetzungsgrad in %
KHBE	k.B.		k.B.	
RKWE	k.B.		k.B.	
RKTR	k.B.		k.B.	

PDFR	k.B.		k.B.	
PDLI	Wunddokumentation	100%	k.B.	
PDOE	k.B.		k.B.	
DSWE	k.B.		k.B.	

5.1.4 Erstkontakt / Erstgespräch / Aufnahmen

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

	Erstkontakt	Erstgespräche	Aufnahmen
SZKÖ	147	0	52
SZFR	96	96	32
SZLI	109	0	33
SZOE	287	178	234
SZWI	100	38	38
SZWE	209	260	260
SZTR	10	10	276
SZMÜ	536	203	115

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

PDFR	95	66	66
PDLI	411	237	54
PDOE	126	0	75
DSWE	0	0	115

5.1.5 Pflegeaufwendige Patienten- / Bewohnergruppen zum Stichtag 12/2010

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

	Beatmungspflichtiger Patient / Bewohner	Blasendauerkatheter	Dekubitus	Eingeschränkte Mobilität	Freiheitseinschränkende Maßnahmen	Immobilität	Kontrakturen
SZKÖ	2011						
SZFR							
SZLI							
SZOE							
SZWI							
SZWE							
SZTR							
SZMÜ							

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

PDFR	2011						
PDLI							
PDOE							
DSWE							

	MRSA	PEG-Sonde	Tracheostoma
SZKÖ	2011		
SZFR			
SZLI			
SZOE			
SZWI			
SZWE			
SZTR			
SZMÜ			

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

PDFR	2011		
PDLI			
PDOE			
DSWE			

Pflegeaufwendige Patienten- / Bewohnergruppen zum Stichtag

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

- **Niedrige Fehlerquote: Dekubitusinzidenz** – in die konzernweite und quartalsweise ermittelte Kennzahl fließen Bewohner / Patienten ein, die im Verlauf ihres Aufenthaltes in den Einrichtungen Druckgeschwüre, Grad 2, erworben haben.

- In den **weiteren Kriterien** wird die Anzahl der Bewohner / Patienten mit pflegerischen Risiken dargestellt.
- Der **Sturzindex** soll möglichst niedrig sein. Sturzursachen müssen nach Stürzen regelmäßig ermittelt werden. Der Index lässt einen Schluss auf die Wirksamkeit der Sturzprävention in den Einrichtungen zu.

Der 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 Pflegekassen bzw. Sozialämter entscheiden beispielsweise darüber, erforderliche Hilfsmittel zum Einsatz kommen oder nicht. Deshalb kann es vorkommen, dass trotz hohen Dekubitusrisikos erst **nach** Auftreten eines Dekubitus geeignete Hilfsmittel beantragt oder bewilligt werden.

	Dekubitusinzidenz	Bewohner / patienten mit Schmerzen	Ernährungsauf- fälligkeiten	Chronische Wunden	Kontinenz- probleme	Sturzindex
SZKÖ	9,9%	12	15	5	116	2,66
SZFR	0,00	23	22	14	79	6,24
SZLI	0,00	3	5	2	29	2,92
SZOE	0,00	47	18	8	72	3,04
SZWI	0,00	33	26	3	94	3,16
SZWE	2,2%	44	27	2	83	5,10
SZTR	0,01	0	0	0	0	6,36
SZMÜ	0,00	17	3	10	125	3,28
KHBE	0,01	766	0	0	0	7,25
RKWE	0,00	0	0	0	0	5,75
RKTR	0,01	0	0	0	1	8,78
PDFR	0,01	13	6	4	18	t.n.z.
PDLI	0,01	9	0	2	0	t.n.z.
PDOE	0,00	0	1	0	0	t.n.z.
DSWE	0,01	23	12	8	54	t.n.z.

5.2 Mitarbeiterorientierung

5.2.1 Kennzahlen der Mitarbeiterorientierung

Qualifizierte und motivierte Mitarbeiter 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 das Humankapital dar, die Qualifikationsmängel reduziert. Im Folgenden wird

der Begriff gemäß SGB III § 85 Abs. 3 als Bildungsvorgang aufgefasst, der geeignet ist, berufliche Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten zu erhalten, zu erweitern, der technischen Entwicklung anzupassen oder einen beruflichen Aufstieg zu ermöglichen.

- Die **Mitarbeiterzufriedenheit** wird im Rahmen der jährlichen anonymen Befragung ermittelt. Der **Referenzwert** ist die Schulnote 2,0.
- **Keine unerwünschte Fluktuation:** Ab Einführung eines Mitarbeiters 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 Mitarbeiter 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 Mitarbeiter sein. Der **Referenzwert** ist der von der AOK errechnete Wert von 46 Krankheitsfällen auf 100 Mitarbeiter (Stand 2009).
- Der **Fachkräfteanteil** in der stationären Altenpflege ist bundeslandspezifisch festgelegt. Als Anhaltswert gelten 50%.

	Ausreichende Weiterbildungsquote	Hohe Mitarbeiterzufriedenheit	Keine unerwünschte Fluktuation	Wenig Kurzzeiterkrankungen	Fachkräfteanteil
SZKÖ	2,7%	2,4	1,5%	9,4	52,0%
SZFR	1,3%	1,9	0,9%	25,9	52,3%
SZLI	0,7%	2,8	2,3%	142,1	55,0%
SZOE	1,0%	2,2	5,8%	36,0	50,0%
SZWI	1,9%	2,1	5,3%	71,8	62,5%
SZWE	0,4%	2,6	20,6%	96,6	51,4%
SZTR	1,2%	2,1	11,1%	20,9	48,3%
SZMÜ	3,6%	2,1	0,5%	46,1	43,5%

KHBE	0,5%	2,7	2,2%	142,9	86,8%
RKWE	1,1%	1,4	5,2%	31,5	51,3%
RKTR	0,7%	2,1	13,0%	29,7	58,1%

PDFR	1,4%	2,7	7,1%	41,1	53,0%
PDLI	2,1%	2,3	2,7%	33,4	33,0%
PDOE	2,6%	1,5	3,3%	10,0	50,0%
DSWE	1,6%	2,0	10,2%	3,9	41,0%

5.2.2 Mitarbeitergespräche

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

	Quotient tatsächliche Anzahl / geplante MG
SZFR	88,06
SZLI	73,08
SZOE	88,30
SZWI	100,00
SZWE	123,33
SZTR	47,83
SZMÜ	100,00

KHBE	62,40
RKWE	55,67
RKTR	48,00

PDFR	0,00
PDLI	69,23
PDOE	33,33
DSWE	48,96
DSWE	48,96 %

5.3 Sicherheit

5.3.1 Arbeitsschutz

Die Gesundheit der Mitarbeiter 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	7
SZFR	12
SZLI	13
SZOE	5
SZWI	5
SZWE	9
SZTR	15
SZMÜ	9

KHBE	48
RKWE	5
RKTR	14

PDFR	12
PDLI	14
PDOE	1
DSWE	4

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 Mitarbeiter und externen Dienstleister. Der Überblick gibt eine Rückmeldung über die Intensität des Hygienemanagements im Vergleich.

	Anzahl der Hygieneaudits
SZKÖ	2
SZFR	6
SZLI	4
SZOE	4
SZWI	2
SZWE	9
SZTR	3
SZMÜ	2

KHBE	36
RKWE	11
RKTR	3

PDFR	1
PDLI	1
PDOE	10
DSWE	1

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	1,0
SZFR	1,6
SZLI	1,0
SZOE	2,0
SZWI	2,0
SZWE	1,5
SZTR	1,8
SZMÜ	1,0

KHBE	1,0
RKWE	1,9
RKTR	1,8

PDFR	1,4
PDLI	2,0
PDOE	2,0
DSWE	1,9

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	43	34	7
SZFR	204	200	4
SZLI	0	0	0
SZOE	9	8	1
SZWI	21	21	0
SZWE	4	4	0
SZTR	10	1	9
SZMÜ	880	30	250

KHBE	0	0	0
RKWE	14	11	3
RKTR	54	0	0

PDFR	21	17	1
PDLI	13	13	0
PDOE	5	5	0
DSWE	10	8	2

5.4.2 Beschwerdemanagement

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

	Anzahl der Beschwerden
SZKÖ	82
SZFR	15
SZLI	15
SZOE	51
SZWI	19
SZWE	11
SZTR	10
SZMÜ	38

KHBE	21
RKWE	11
RKTR	16

PDFR	16
PDLI	57
PDOE	9
DSWE	17

6 Zusammenfassung

2003 wurden die Internen Revisionen in Medizin und Pflege (IR) eingeführt und jährlich wiederholt. Seit dem lässt sich eine kontinuierliche Verbesserung in den Bewertungen der Einrichtungen mittels Schulnotensystem beobachten. Durch erfolgreiche Zertifizierungen nach ‚Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen‘ (KTQ) und dem ‚Diakonie-Siegel Pflege‘ (DSP) seit 2006 beweisen die Bethel-Einrichtungen, dass ihre Qualitätsmanagementsysteme den Anforderungen einer Zertifizierung gewachsen sind. Mitte 2012 wird der zweite Wiederholungszyklus nach DSP abgeschlossen sein.

Lohnt sich der Aufwand? Die Übersicht der Bewertungen durch IR und Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) verdeutlicht, dass die Einrichtungen, die sich seit Jahren auf permanent gutem bis sehr guten Niveau befinden (**siehe Kapitel 4.11**) auch den Anforderungen der Pflegekassen bzw. des Gesetzgebers gewachsen sind (**siehe Anlage 3, Gegenüberstellung der Bewertungen**).

In der Übersicht der Prüfergebnisse nach Schulnoten 2009 bis 2011 lassen sich zwei Gruppen voneinander unterscheiden: die ‚blaue‘ und die ‚grüne‘ Gruppe. Die Einrichtungen der ersten Gruppe zeichnen sich durch eine stetige Entwicklung bzw. Stabilisierung der Qualität auf sehr hohem Niveau aus. Bei denen der grünen Gruppe ist die **Stabilisierung** auf gutem Niveau bzw. in Teilen auch die **Weiterentwicklung** hin zu einem besseren Niveau zu erwarten.

Gründe der stetig positiven Entwicklung – von Ausnahmen einmal abgesehen – sind unter anderen, dass

- **die selben Kriterien** und somit die selben **Prozesse** geprüft,
- **Verbesserungspotenziale** bekannt sind und zum darauffolgenden Jahr wiederum geprüft werden und
- **externe Prüfer** – Auditoren von pCC – weitere Verbesserungspotenziale identifizieren, die nach jeder Begutachtungsrunde dokumentiert und bethelweit umgesetzt werden müssen (vgl. den Bericht der „1. Begutachtung zur Systemförderung 2011“).

Die Mitarbeiter verinnerlichen bei den zahlreichen Revisions- und Zertifizierungsrounds das ‚Qualitätsdenken‘, so dass es sich verstetigt. Durch die ‚Ko-Auditorenschaft‘ während der IR begleitet wird außerdem ein reger Erfahrungsaustausch zwischen den Leitungen sichergestellt.

Insofern sind **Veränderungen** im Notengefüge künftig hauptsächlich durch **innovative Konzepte** zu erwarten. Beispiele hierfür werden auf den Konferenzen der Führungskräfte regelmäßig vorgestellt: ‚Dementia Care Mapping‘ (SZWI, SZOE, SZMU), Clown-Konzept (beides SZWI), Medikamentenmanagement (z.B. PDOE), Soziales Betreuungskonzept (SZTR), Anlagenmanagement (SZFR) etc.

Nach **DSP** wurden in 2011 die Seniorenzentren SZOE, SZWE, SZTR und SZMU **re-zertifiziert**. Zusätzlich ließen sich, das SZWE ausgenommen, die übrigen nach DIN-EN-ISO 9001:2008 prüfen.

2011 werden erstmals Daten der Managementbewertung bethelweit gegenübergestellt und vertiefen den Einblick in die Unternehmensbeteiligungen (**Kapitel 5**): Beispielsweise werden Mitarbeitergespräche durchgehend konzipiert und geplant (**siehe Kapitel 4.3.1, Seite 19**), jedoch gelingt nur wenigen Einrichtungen deren vollständige Umsetzung (**vgl. Kapitel 5.2.2**).

In der Kategorie ‚**Bauliches, Wohnliches, Orientierung**‘ ist eine ständige Verbesserung zu beobachten denn das Instandhaltungsmanagement wird in vielen Einrichtungen systematisch betrieben: Standardmöbel werden renoviert (SZOE), Wände regelmäßig gestrichen (SZLI, SZMU, SZKÖ etc.), Gemeinschaftszimmer wohnlicher gestaltet (z.B. tapeziert, neu ausgestattet), Bilder werden auf die Farben der Wohnbereiche abgestimmt (z.B. SZFR, SZKO, SZOE, SZMU) und Fußböden werden erneuert (RKTR, SZWI).

Das Wegeleitsystem wird durch neu gestaltete Schilder und freundliche Farben ständig verbessert (RKWE, PDOE, PDFR, PDLI). In München wurde darüber hinaus eine Terrasse, in Wiehl ein Sinnesgarten angelegt. Der Einsatz von Duftspendern hilft, unangenehme Gerüche zu mildern. Zunehmend werden Bewohnerzimmer, deren Mieter keine eigenen Gegenstände mitbringen, durch die Einrichtungen ausgestattet, wenn es nicht ausdrücklich abgelehnt wird (**vgl. Kap. 4.1**).

Aus den Rückmeldungen der Bewohner / Patienten (vgl. Bewohner- / Patientenbefragung 2011) wird deutlich, dass dieser Aspekt wichtig ist und ein ‚Wohlfühlkriterium‘ darstellt.

‚Ordnung, Sauberkeit, Hygiene‘: Bezüglich der **Hygiene** herrscht in allen Einrichtungen ‚Alltagsroutine‘. Auf hygienische Herausforderungen, wie zeitweise auftretende Norovirus-Infektionen oder infizierte Wunden bei multimorbiden Menschen, wird adäquat reagiert: Hygienebeauftragte sind qualifiziert, die Mitarbeiter werden regelmäßig geschult, Notfallboxen mit den notwendigen Einmalmaterialien befinden sich auf den Wohnbereichen und Stationen, die Meldungen an Gesundheitsämter werden zuverlässig weitergeleitet (**vgl. Kap. 4.2.2 – 4.2.3**).

Die **Reinigungsleistungen** in den Einrichtungen werden von den Auditoren und Bewohnern / Patienten als überwiegend gut bis sehr gut beurteilt (**vgl. Kap. 4.2.1**).

Im Einzelnen gibt es **Verbesserungspotenzial**: Hygienebeauftragte werden nicht immer in Maßnahmen, die mit der Auslagerung von Reinigungsleistungen einhergehen, einbezogen. Sie kennen die Anforderung der externen Dienstleister nicht und können deren Arbeit daher nicht bewerten (z.B. SZMU).

Nicht alle hygienerelevanten Bereiche, wie Umkleieräume, -schränke oder Mitarbeitertoiletten, werden regelmäßig auditiert (SZMU). Wichtige Ergebnisse – wie die von Abklatschuntersuchungen – werden nicht kommuniziert (SZTR).

In den Kategorien **‚Konzepte und Standards‘** und **‚Pflegerisches, ärztliches, therapeutisches Management‘** lassen sich ebenfalls Weiterentwicklungen feststellen. Die Regelungen des **‚Diakonischen Profils‘** (Angebote für Bewohner und Patienten, Mitarbeiter, Schwerkranke und Sterbende) sind überwiegend ausgereift und werden ‚gelebt‘. Es wurden nur noch wenige Verbesserungspotenziale identifiziert (**vgl. Kap. 4.3.1**).

Die Ergebnisse der **Mitarbeiterbefragungen**, als Überprüfung des Führungsinstruments der Personalgewinnung, des -einsatzes und der -entwicklung liegen häufig unter dem Referenzwert der Schulnote 2,0. Dennoch lassen sich Ergebnisverbesserungen beobachten: 2011 wurden vier Einrichtungen von ihren Mitarbeitern mit der Schulnote 2,0 oder besser bewertet (2010: Zwei Einrichtungen). Unter ihnen befindet sich auch die Diakoniestation Bethel Welzheim, die noch vor zwei Jahren große

Schwierigkeiten im Personalbereich hatte (**siehe Anlage 4, vgl. Kapitel 5.2.1, Kennzahlen der Mitarbeiterorientierung**).

Im Bereich des **Fort- und Weiterbildungsmanagements** gibt es bei der Planung für alle Berufsgruppen Verbesserungsbedarfe. Die Beauftragten sollten ein Budget erhalten, um eine ‚Grundplanung‘ auch längerfristig anlegen zu können. Darüber hinaus sollten der Arzt- und Pflegedienst im Rahmen der Fortbildungsprogramme die Möglichkeit erhalten, Fortbildungspunkte zu sammeln (**vgl. Kap. 4.3.1, Fort- und Weiterbildungsmanagement / Literatur**).

Das **Intranet** wird benutzerfreundlich gestaltet (z.B. SZMU, Trossingen, KHBE). Es fördert den Informationsfluss, weil wichtige Berichte, Protokolle, Ergebnisse, Ziele etc. dort hinterlegt werden. Informationen und Formulare sind schnell zugänglich, wie z.B. Protokolle der Hygienekommission, Stellenbeschreibungen, Standards, Telefonlisten. Formulare werden nicht mehr papiergestützt auf Vorrat gelagert sondern bei Bedarf einfach ausgedruckt (KHBE, Trossingen).

Viele **Qualitätsmanagementhandbücher** (QMH) werden verständlich verfasst – die gesuchten Informationen lassen sich schnell nachlesen. Dennoch müssen die Einrichtungen daran arbeiten, die Handbücher im Umfang zu reduzieren, vermehrt mit Verweisen auf andere Regelungen zu arbeiten, anstatt die selben Inhalte in mehreren Verfahrensanweisungen zu wiederholen.

Nationale Expertenstandards (NES) wurden bethelweit eingeführt. Dennoch entsprechen viele Vorlagen noch nicht den Bethelkonventionen und übersteigen beispielsweise den Umfang von zwei bis drei Seiten deutlich. Abläufen werden noch nicht durchgehend Prozessverantwortliche zugeordnet (**vgl. Kap. 4.3.7, Pflegerischer Bereich**). Audits nach Expertenstandards gehörten 2010 in den Einrichtungen noch nicht zur Routine. Dort, wo sie durchgeführt wurden, lag der Erfüllungsgrad ihrer Umsetzung zwischen 25% und 80%. Personalbefragungen sind Teil der Audits, fanden 2010 jedoch noch nicht im Zuge der Audits statt (**vgl. Kap. 5.1.3**).

Bezüglich der Umsetzung des Projektes zur **Vereinheitlichung der Pflegevisiten** zeigt sich 2011 ein ähnlich heterogenes Bild, wie bei der Umsetzung der NES. Die Einrichtungen weisen ebenso einen unterschiedlichen Stand zum Umgang mit den Visitenergebnissen auf: Während die einen die Auswertungen zeitnahe vornehmen

und Auffälligkeiten umgehend identifizieren konnten (→ Fehler- / Vorbeugemanagement), reagierten andere auf Einzelergebnisse, ohne dass sich eine Ursachenanalyse anschloß und systematischen Fehlern nachhaltig vorgebeugt wurde (**vgl. Kap. 4.3.7, Pflegerischer Bereich / vgl. Kap. 5.1.3 zur Kennzahl geplante / durchgeführte Pflegevisiten**)⁴.

Darüber hinaus wird das **Fehlermanagement** in den Einrichtungen sehr unterschiedlich betrieben. Einige Einrichtungen, wie das Seniorenzentrum Bethel Köpenick, Friedrichshain und München integrieren Auffälligkeiten aus allen Audits in das Fehlermanagement. Andere Einrichtungen, wie beispielsweise das Seniorenzentrum Bethel Welzheim oder der Pflegedienst Bethel Bad Oeynhausen, stehen noch am Anfang der Entwicklung: Die Mitarbeiter sehen die Fehlermeldung eher als ‚Schlechterstellung‘ ihrer Kollegen, als Fehler als Unterstützung und Verbesserungspotenzial zu begreifen.

Krankenhaus und Seniorenzentrum Bethel Lichterfelde behandeln Fehler tendenziell wie ‚Geheimnis‘. Sie sind gehalten, für ein offenes Klima zu sorgen und Fehler systematisch in den sogenannten ständigen Verbesserungsprozess ‚einzuspeisen‘ (**vgl. Kap. 5.4.1**).

Die Auswertung der glücklicherweise **seltenen Notfälle** muss noch in allen Einrichtungen zur Routine werden (**vgl. Kap. 4.3.7, Geregelter Notfallmanagement**).

Überprüfungen und Anpassungen - ‚Check‘- und ‚Act‘-Schritte des sogenannten **PDCA-Zyklus** – werden 2012 sowie im Rahmen der Rezertifizierungen vertiefend thematisiert, denn Vorbeugemaßnahmen sollen zunehmend dazu beitragen, dass aufgetretene Fehler und Auffälligkeiten unterbleiben (Nullfehleransatz bei systematischen Fehlern).

Die Überprüfung der **Ergebnisqualität** des **(Pflege-)Zustandes** der Bewohner und Patienten ergab durchweg gute bis sehr gute Ergebnisse (**vgl. Kap. 4.4**). Auf zwei Themen wird künftig jedoch intensiver fokussiert:

⁴ Die mit ‚Ja‘ (= vollständig umgesetzt) bewerteten Kriterien der Tabelle ‚Überprüfung / Präsentation / Zielerreichung‘, Kapitel 4.3.5, widersprechen scheinbar den eben genannten Sachverhalten. Hierbei handelt es sich jedoch um Projektergebnisse, die im Zuge eines Nachbereitungstages, an dem alle Projektmitglieder teilnehmen werden, thematisiert werden müssen und nicht um eine Abweichung im Rahmen eingespielter Prozesse.

Schmerzmanagement: Schmerzen müssen im Zuge der Versorgung – wie in dem gültigen NES beschrieben - thematisiert werden.

Personalwechsel: Die Erwartungen der Bewohner und Patienten bezüglich ihrer Bezugspersonen müssen deutlicher kommuniziert und den Möglichkeiten der Einrichtungen gegenüber gestellt werden.

Die diesjährige **Befragung** zeigt, dass die Bewohner und Patienten den Bethel-Einrichtungen gute Noten geben und insgesamt sehr zufrieden sind (**vgl. Kap. 5.1.2, vgl. Anlage 4**).

Die Vollständigkeit der Dokumentation in der Kategorie **Ergebnisqualität: Dokumentation** war durchweg gut, in einem Fall sehr gut (**vgl. Kap. 4.5.1**).

Ebenso positiv stellt sich die Entwicklung der **Kompetenzen** seitens der Mitarbeiter dar: Die Vorstellung der Bewohner / Patienten im Rahmen der Revisionen anhand der Akten hat sich gegenüber dem Vorjahr weiter verbessert. Hierbei werden beispielsweise die Mitarbeiter durch NES, die Einführung von Taxonomien - **Pflegediagnosen** nach NANDA, Dementia Care Mapping, Validation - unterstützt. Die Dokumentation der Pflegefachkräfte wird präziser. Das **Risikomanagement** hat durch die **Einführung der NES** an Bedeutung gewonnen (**vgl. Kap. 4.5.2**).

7 Ausblick

Dieses Jahr wurde der Qualitätsbericht der Internen Revision in Medizin und Pflege um die aggregierten Daten der Managementbewertungen erweitert. Der Umgang mit den Ergebnissen sowie die Bewertungen der Einrichtungen wird hierdurch präzisiert und die Routine im Umgang mit den Daten zunehmen.

Im Rahmen der Rezertifizierungen wird der sogenannte PDCA-Zyklus weiter thematisiert, insbesondere die Überprüfungs- und Anpassungsschritte. Alle relevanten Ergebnisse müssen mit den Zielen abgeglichen und im Rahmen des Fehlermanagements bewertet werden, um geeignete Maßnahmen einleiten und Abweichungen künftig vorbeugen zu können.

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

Im Rahmen der Umstellung des elektronischen Dokumentationssystems auf das Nachfolgeprodukt MCC.Net – ein Projekt, das bereits in der ersten Hälfte 2011 beginnen sollte – werden die Module auf die Anforderungen des Diakoniewerks ausgerichtet. Die an der Patienten- und Bewohnerversorgung beteiligten Berufsgruppen werden darüber hinaus noch besser miteinander vernetzt. Um beide Ziele zu erreichen, wird das Projekt zentral gesteuert und von ausgewählten Mitarbeitern aller Unternehmensbeteiligungen begleitet.

Aufgrund des hohen Qualitätsniveaus, auf dem sich viele Einrichtungen befinden, wird das Konzept der Internen Revision in Medizin und Pflege angepasst: Die Begehungen der Einrichtungen, die sich in der ‚Blauen Gruppe‘ befinden, fokussieren künftig überwiegend auf Ergebniskriterien (→ (Pflege-)Zustand der Bewohner / Patienten, Ergebnisqualität: Dokumentation), wobei der Umfang der Prüftage reduziert und die Anzahl der Ko-Auditoren pro geprüfter Einrichtung erhöht wird. Insgesamt soll hierdurch der Aufwand für alle Beteiligten reduziert werden, ohne dass das Instrument der Internen Revision an Stärke verliert.

Berlin, 30.09.2011

Andreas Dietel

Anhang

Anhang 1 – Terminplan und Ko-Auditoren 2010	69
Anhang 2 – Zusammenfassung des Qualitätsberichtes zur Präsentation auf der Konferenz der Führungskräfte (KFK), 15.9. – 16.9.2010	70
Anhang 3 – Gegenüberstellung der Bewertungen der Unternehmensbeteiligungen durch die Interne Revision in Medizin und Pflege und des MDK	91
Anhang 4 – Ergebnisse der Mitarbeiterbefragungen im Verlauf 2009 – 2011	92

Anhang 1 – Terminplan und Ko-Auditoren 2010

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

Legende:

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

* Förderaudit nach DIN EN ISO 9001-2000

Anhang 2 – Zusammenfassung des Qualitätsberichtes zur Präsentation auf der Konferenz der Führungskräfte (KFK), 15.9. – 16.9.2010



Qualität im Diakoniewerk Bethel 2011

Zusammenfassende Darstellung zum Qualitätsbericht

Präsentation zur Konferenz der Führungskräfte 15.09. – 16.09.2011

*A. Dietel, Referatsleiter Produkte
Scheve Management*



Gesamtübersicht 2011

Rang 2011	Rang 2010	UB/AP	Produkt	Leistungs (doppelt) Dienstag (22.01.2011)			Dienstleistungen Dienstag			Kategorie und Leistung			Pflegeleistungen (doppelt) Pflegeleistungen (doppelt)			Eigenleistung Pflegeleistungen (doppelt)			Eigenleistung Dienstag			Gesamt (Pflegeleistungen doppelt)		
				1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1.	1.	SZOE	Produkt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,2	1,1	1,0
2.	2.	PDFR	Produkt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,2	1,1	1,1
2.	3.	SZFR	Produkt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,2	1,1	1,1
2.	4.	SZWI	Produkt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,2	1,1	1,1
2.	5.	RKTR	Produkt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,2	1,1	1,1
2.	6.	SZTR	Produkt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,2	1,1	1,1
3.	3.	SZKO	Produkt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,2	1,1	1,1
3.	4.	SZMU	Produkt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,2	1,1	1,1
4.	7.	KHBE	Produkt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,2	1,1	1,1
4.	8.	PDDE	Produkt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,2	1,1	1,1
4.	9.	SZWE	Produkt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,2	1,1	1,1
5.	10.	RKWE	Produkt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,2	1,1	1,1
5.	11.	SZLI	Produkt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,2	1,1	1,1
5.	12.	PDLI	Produkt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,2	1,1	1,1
5.	13.	DSWE	Produkt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,2	1,1	1,1



Qualität im DiD 2011, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, 15.2.2011, A. Dietel, RLP

Seite 2

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Endergebnis 2011

Position 2011	Position 2010	UB/AP	Durchschnitt (Pflegeleistungen doppelt gerechnet)			
			2009	2010	2011	
1.	1.	SZOE	1,2	1,1	1,0	↑
2.	2.	PDFR	1,2	1,1	1,1	↑
2.	3.	SZFR	1,8	1,6	1,1	↑
2.	4.	SZWI	1,5	1,1	1,1	=
2.	5.	RKTR	1,6	1,4	1,1	↑
2.	6.	SZTR	1,5	1,6	1,1	↑
3.	7.	SZKO	1,4	1,3	1,2	↑
3.	8.	SZMU	1,5	2,0	1,2	↑
4.	7.	KHBE	1,7	1,6	1,3	↑
4.	8.	PDDE	1,9	2,0	1,3	↑
5.	4.	SZWE	1,4	1,4	1,4	=
5.	9.	RKWE	1,8	1,8	1,5	↑
7.	11.	SZLI	2,7	2,5	1,7	↑
7.	12.	PDLI	2,1	1,6	1,7	↑
7.	10.	DSWE	2,4	2,3	1,7	↑



Qualität im DiD 2011, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, 15.2.2011, A. Dietel, RLP

Seite 2

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung

[illegible]

Quelle: im DvG 2011, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, 19.2.2011, A. Döbel, RLP

2004

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung: Übersicht

Rang 2011 in Bezug auf dieses Kriterium	L&AF	Bewertung, Wichtigkeit, Orientierung (0-5 nur Orientierung)			Gesamtbewertung 2011	
		2009	2010	2011		
1.	PDFR	1	1	1	1,1	👍
1.	PD OE	1+	1	1	1,3	👍
1.	SZWE	1+	1	1	1,4	=
1.	SZWI	2	1+	1	1,1	=
1.	RKTR	2+	1-2	1	1,1	👍
2.	SZOE	1+	1+	1+	1,0	👍
2.	SZTR	1+	1	1+	1,1	👍
2.	SZMU	2+	2	1+	1,2	👍
3.	SZKO	2+	1-2	1-2	1,2	👍
3.	SZFR	1-2	1-2	1-2	1,1	👍
3.	RKWE	1+	1+	1-2	1,5	👍
3.	D SWE	3+	3+	1-2	1,7	👍
4.	KHBE	3-4	2-3	2+	1,3	👍
5.	PD LI	3+	2	2	1,7	👍
5.	SZ LI	2-3	4	3	1,7	👍



Qualität im DWB 2011, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, 19.9.2011, A. Dietel, RLP

Self 4

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung: **POSITIV**

- 🕒 Das **Instandhaltungsmanagement** wird in vielen Einrichtungen systematisch betrieben (z.B. Bad Oeynhausen, Trossingen, München). Das **Wegeleitsystem** wird ständig verbessert (RKWE, PDOE, PDR, PDLI).
- 🕒 Zunehmend werden Bewohnerzimmer, deren Mieter **keine eigenen Gegenstände** mit einbringen, durch die Einrichtungen ausgestaltet, wo möglich.
- 🕒 Anlage sehr schöner **Terrassen und Sinnesgärten** 2011 (SZMU, SZWI).
- 🕒 Der Einsatz von **Duftspendern** mildert unangenehme Gerüche.



Qualität im DiG 2011, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, 15.9.2011, A. Dietel, RLP

Seite 7

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung: **Verbesserungspotential**

- 🕒 Türzargen und -rahmen, Türen und Wände **werden schnell wieder zerkratzt / zerschrammt**: Bei starker Abnutzung muss früher nachgearbeitet werden.
- 🕒 Auch die **Fußböden** vermitteln teilweise einen verlebten und ungepflegten Eindruck.



Qualität im DiG 2011, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, 15.9.2011, A. Dietel, RLP

Seite 5

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

[illegible]

5007

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Rang 2011 in Bezug auf dieses Kriterium	LGA	Ordnung, Sauberkeit, Hygiene			Gesamtbewertung 2011	
		2009	2010	2011		
1.	SZWI	2+	3	1	1,1	=
1.	SZTR	1+	3	1	1,1	☺
1.	SZMU	1-2	2	1	1,2	☺
1.	SZWE	1+	3	1	1,4	=
2.	SZKÖ	1-2	1-2	1+	1,2	☺
2.	SZOE	1+	3+	1+	1,0	☺
2.	PDPR	3	3	1+	1,1	☺
2.	SZFR	2+	2	1+	1,1	☺
2.	PDGE	3	1+	1+	1,3	☺
2.	RKWE	1-2	1-2	1+	1,5	☺
3. !	RKTR	1	1	1-2	1,1	☺
3.	KHBE	1+	2	1+	1,3	☺
3.	SZLI	2+	2	1-2	1,7	☺
4.	DSWE	2+	2-2	2+	1,7	☺
5. !	PDLI	1-2	2	2-2	1,7	☺

Set C

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Ordnung, Sauberkeit, Hygiene: **POSITIV**

- 🕒 Auf **hygienische Herausforderungen** wird adäquat reagiert.
- 🕒 Räumlichkeiten, Nasszellen, Bewohnerzimmer, Flure, Gemeinschaftsräume etc. – durchgehend **gute Reinigungsleistungen**.



Qualität im DiG 2011, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, 15.9.2011, A. Dietel, RLP

Seite 11

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Ordnung, Sauberkeit, Hygiene: **Verbesserungspotential**

- 🕒 Die **Hygienebeauftragten** müssen bei der Bewertung von Reinigungsleistungen durch einen neuen Dienstleister von Beginn an einbezogen werden. **Untersuchungsergebnisse** werden nicht mit allen Verantwortlichen zeitnahe kommuniziert.
- 🕒 **Ausgelagerte Bereiche** werden noch nicht durchgehend in die Lieferantenbewertungen eingeschlossen.
- 🕒 Überprüfung der **Arbeitskleidung**, wenn diese durch Mitarbeiter privat gewaschen wird (→ PD).
- 🕒 Auch die **Peripherie** muss regelmäßig auditiert werden.



Qualität im DiG 2011, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, 15.9.2011, A. Dietel, RLP

Seite 7

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

[illegible]

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Pos. 2011 in Bezug auf dieses Kriterium	LQ/AF	Konzepte und Standards			Gesamtbewertung 2011	
		2009	2010	2011		
1. ★	SZFR	1-2	1-	1	1,1	☺
2. ★	SZOE	1-	1-	1-	1,0	☺
2. ★	PDFR	1-2	1-2	1-	1,1	☺
2. ★	SZWI	1-2	1-2	1-	1,1	=
2. ★	SZTR	2+	3	1-	1,1	☺
2. ★	SZKO	1-	2+	1-	1,2	☺
2. ★	KHBE	k.B.	1-2	1-	1,3	☺
3.	RKTR	2+	2-	1-2	1,1	☺
3.	PDOE	2	3	1-2	1,3	☺
3.	RKWE	2-	2-	1-2	1,5	☺
3.	SZLI	4-	2-3	1-2	1,7	☺
4.	SZMÜ	1-	2-	2+	1,2	☺
4.	PDLI	1-2	1-2	2+	1,7	☹
6.	SZWE	1	1-	2-	1,4	=
8. !	DSWE	3+	3-4	3+	1,7	☺

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Konzepte und Standards: **POSITIV**

- 🕒 **Kommunikation / Papierlosigkeit:** Das Intranet wird sehr benutzerfreundlich gestaltet. Relevante Informationen sind schnell zugänglich, wie z.B. Stellenbeschreibungen, Standards, Telefonlisten, Formulare werden elektronisch erstellt (KHBE, Trossingen).
- 🕒 **QMH:** Zum Teil bezüglich der Gliederung klar – Auffinden notwendiger Informationen schnell möglich (z.B. SZWI, SZWE, KHBE).



Qualität im DiD 2011, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, 15.9.2011, A. Dietel, RLP

Seite 15

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Konzepte und Standards: **POSITIV**

- 🕒 **Checklisten** zur Einarbeitung sind in **allen Disziplinen / Berufsgruppen** vorhanden und umfassend (z.B. KHBE, SZFR).
- 🕒 Einige Einrichtungen haben 2011 **alle Nationalen Expertenstandards** eingeführt (z.B. SZFR).
- 🕒 **Personalbereich:** Einarbeitungschecklisten, Mitarbeitergespräche (SZFR, KHBE)



Qualität im DiD 2011, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, 15.9.2011, A. Dietel, RLP

Seite 16

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Konzepte und Standards: **POSITIV**

- Die Anforderung zur 'Entwicklung neuer Leistungsangebote' ist ausgearbeitet worden und könnte für alle anderen UB übernommen werden (→ SZMÜ)
- Hygienekonzept:** Der allgemeine Hygieneplan des RKI wurde gemeinsam mit der externen Hygienefachkraft auf die Bedürfnisse der Einrichtung angepasst.
- Die **Soziale Betreuung** wird ausführlicher behandelt (z.B. SZOE, SZTR).
- Sicherheit:** Regelungen sind verständlich verfasst und umfassend (z.B. SZOE, SZFR, SZTR).
- Eine **Taxonomie im Pflegedienst** wird weiterentwickelt (z.B. KHBE, SZOE, SZMU, SZWI, SZTR).



Qualität im DiG 2011, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, 15.9.2011, A. Dietel, RLP

Seite 17

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Konzepte und Standards: **POSITIV**

- Interne Kommunikation (Intranet):** Die Gestaltung des Intranets fördert den Informationsfluss, weil wichtige Berichte, Protokolle, Ergebnisse, Ziele etc. dort hinterlegt werden (KHBE).



Qualität im DiG 2011, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, 15.9.2011, A. Dietel, RLP

Seite 18

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Konzepte und Standards: Verbesserungspotential

- ⚠ Die Einrichtungen müssen prüfen, ob ihre **zahlreichen Unterlagen** teilweise zusammengeführt werden können (QMH „nachjustieren“).
- ⚠ Die **Nationalen Expertenstandards** müssen noch in einigen Einrichtungen vollständig umgesetzt werden. Prozesse müssen einrichtungsspezifisch ausformuliert / Verantwortlichkeiten (Prozessverantwortung / Durchführungsverantwortung) eindeutig geregelt werden (vgl. 2008 - 2010) (**→ Prüfungsschwerpunkt 2012**).



Qualität im DiG 2011, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, 15.9.2011, A. Dietel, RLP

Seite 9

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Konzepte und Standards: Verbesserungspotential

- ⚠ Die **Nationalen Expertenstandards** müssen auf ein für Mitarbeiter handhabbares Maß gekürzt werden (**Bethelkonvention 2010: 1– 3** Seiten) (z.B. KHBE, SZFR, SZTR).
- ⚠ **Quellenangaben** in allen Richtlinien, Standards, Konzepten (z.B. KHBE, SZFR, PDOE, SZMU).
- ⚠ Auch im Rahmen der IR **weniger geprüfte Regelungen** müssen intern regelmäßig auditiert und aktualisiert werden (→ z.B. die Führungsprozesse, Bewohnerbefragung, Soziale Betreuung).
- ⚠ Alle **Berufsgruppen** müssen im QMH abgebildet werden (z.B. RKWE, KHBE).



Qualität im DiG 2011, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, 15.9.2011, A. Dietel, RLP

Seite 10

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Pflegerisches, ärztliches, therapeutisches Management

Rang 2011	Rang 2010	LQAP	LQAP- Zielname	Ärztliche (ärztliches) Diagnostik (22 zur Diagnostik)			Behandlung (ärztliches) Therapie			Kannengut und -leistung			Therapeutische (therapeutisches) Management (22 zur Therapie)			Eigenleistung (Eigenleistung) Management (22 zur Management)			Gesamtwert (Gesamtwert) Management (22 zur Management)		
				2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
1.	1.	SZOE	ÄRZTLICHE	1+	1+	1+	1+	1+	1+	1+	1+	1+	1+	1+	1+	1+	1+	1+	1,0	1,0	1,0
2.	2.	PDFR	ÄRZTLICHE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,1	1,1	1,1
2.	2.	SZFR	ÄRZTLICHE	1-2	1-2	1-2	1+	1+	1+	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,1	1,1	1,1
2.	2.	SZWI	ÄRZTLICHE	1	1+	1	1+	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,1	1,1	1,1
2.	2.	RKTR	ÄRZTLICHE	2+	1-2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,1	1,1	1,1
2.	2.	SZTR	ÄRZTLICHE	1+	1	1+	1+	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,1	1,1	1,1
3.	3.	SZKO	ÄRZTLICHE	1	1-2	1-2	1-2	1-2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,2	1,2	1,2
3.	3.	SZMU	ÄRZTLICHE	2+	2	1+	1-2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,2	1,2	1,2
4.	4.	RKBE	ÄRZTLICHE	2+	2+	2+	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,3	1,3	1,3
4.	4.	PDDE	ÄRZTLICHE	1+	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,3	1,3	1,3
5.	5.	SZWE	ÄRZTLICHE	1+	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,4	1,4	1,4
5.	5.	RKWE	ÄRZTLICHE	1+	1+	1-2	1-2	1-2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,4	1,4	1,4
7.	7.	SZLI	ÄRZTLICHE	2+	2	2	2+	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1,7	1,7	1,7
7.	7.	PDLI	ÄRZTLICHE	2+	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1,7	1,7	1,7
7.	7.	DSWE	ÄRZTLICHE	2+	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1,7	1,7	1,7

Qualität im DiG 2011, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, 15.2.2011, A. Dietel, RLP

Seite 21

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Pflegerisches, ärztliches, therapeutisches Management: Übersicht

Rang 2011 in Bezug auf dieses Kriterium	LQAP	Pflegerisches / ärztliches / therapeutisches Management			Gesamtwertung 2011
		2009	2010	2011	
1.	SZOE	1-2	1+	1+	1,0
1.	PDFR	2	1-2	1+	1,1
1.	SZFR	1-2	1-2	1+	1,1
1.	SZWI	1-2	1-2	1+	1,1
1.	RKTR	2+	1+	1+	1,1
1.	SZTR	2-3	2-3	1+	1,1
1.	KHBE	k.B.	1-2	1+	1,3
2.	SZKO	1-2	1+	1-2	1,2
2.	SZMU	2+	2+	1-2	1,2
2.	PDDE	2-3	3	1-2	1,3
2.	SZWE	2+	1-2	1-2	1,4
2.	SZLI	3+	2-3	1-2	1,7
2.	PDLI	2	1+	1-2	1,7
3.	RKWE	3+	3	2+	1,5
4.	DSWE	2-3	2-3	2+	1,7

Qualität im DiG 2011, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, 15.2.2011, A. Dietel, RLP

Seite 11

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

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

- 📌 **Qualitätsziele** werden für alle Abteilungen benannt und veröffentlicht (z.B. KHBE, SZFR, PDFR, SZOE, PDOE).
- 📌 Aus den **Jahreszielen** werden **Abteilungs- und Mitarbeiterziele** (→ jährliche Mitarbeitergespräche) abgeleitet (z.B. PDFR, SZFR, SZKÖ).
- 📌 **Hygiene**: Das KHBE nimmt am Krankenhausinfektionssurveillance für postoperative Wundinfektionen teil.



Qualität im DiG 2011, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, 15.9.2011, A. Dietel, RLP

Seite 23

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

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

- 📌 **Nationale Expertenstandards** sind eingeführt und auditiert worden. Ergebnisse liegen vor (z.B. SZFR, PDFR, SZLI, Trossingen).
- 📌 **Pflegevisiten / Auditoren**: quartalsweiser Wechsel der Wohnbereiche. Auf eigenen Wohnbereichen führen sie lediglich Integrationsvisiten durch (SZWI).
- 📌 **EDV** - 'papierloses Unternehmen' - Ausbau der EDV-Kompetenzen – QMH-online beispielgebend (z.B. KHBE, Trossingen, SZMU).



Qualität im DiG 2011, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, 15.9.2011, A. Dietel, RLP

Seite 24

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

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

- ☞ Den **Fortbildungsbeauftragten** steht immer noch nicht durchgehend ein **Budget** zur Verfügung (wie 2009 / 2010).
- ☞ In einigen UB finden **Mitarbeitergespräche** alle **zwei** Jahre statt (Frage: Ableitung Jahresziele / Zielvereinbarungen?) (z.B. Bad Oeynhausen).



Qualität im DiG 2011, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, 15.9.2011, A. Dietel, RLP

Seite 12

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

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

- ☞ **Fort- und Weiterbildung: Langfristige Planung** mittels Schwerpunktthemen, Fortbildungspunkte für Pflege- und Arztdienst (wie 2009 / 2010).
- ☞ **Hygiene: Einbezug** der **Hygienebeauftragten** bei Einführung neuer Reinigungsdienstleister / Ergebnispräsentation von Überprüfungen. **Umsetzung** der Hygienerichtlinien auch in der ‚Peripherie‘.



Qualität im DiG 2011, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, 15.9.2011, A. Dietel, RLP

Seite 13

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

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

- 🔴 **Nationale Expertenstandards:** Vgl. ,Konzepte und Standards. **Dokumentationsintervalle** sind dem Risikograd anzupassen. **(→erneuter Prüfungsschwerpunkt 2012).**



Qualität im DiG 2011, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, 15.9.2011, A. Dietel, RLP

Seite 14

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

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

- 🔴 **Fehler- und Vorbeugemanagement** – tendenziell muss Systematik des PDCA-Zyklus konzentriert vertieft und konsequent in allen Bereichen und Berufsgruppen umgesetzt werden **(→ erneuter Prüfungsschwerpunkt 2012).**

Hiermit zusammenhängend (wie 2009):

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



Qualität im DiG 2011, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, 15.9.2011, A. Dietel, RLP

Seite 15

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Pflegezustand: Übersicht

Rang 2011	Rang 2010	LSP	LSP- Kategorie	Ergebnis (Ergebnis- Differenz 2010 zur Differenz)			Ergebnis (Ergebnis- Differenz 2010 zur Differenz)			Ergebnis (Ergebnis- Differenz 2010 zur Differenz)			Ergebnis (Ergebnis- Differenz 2010 zur Differenz)			Ergebnis (Ergebnis- Differenz 2010 zur Differenz)			Ergebnis (Ergebnis- Differenz 2010 zur Differenz)		
				2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
1.	1.	SZOE	Ergebnis	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2.	2.	SZWI	Ergebnis	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3.	3.	RKTR	Ergebnis	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4.	4.	PDOE	Ergebnis	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5.	5.	PDFR	Ergebnis	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6.	6.	SZFR	Ergebnis	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7.	7.	SZTR	Ergebnis	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8.	8.	SZKO	Ergebnis	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9.	9.	SZMU	Ergebnis	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10.	10.	KHBE	Ergebnis	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11.	11.	SZWE	Ergebnis	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12.	12.	PDLI	Ergebnis	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
13.	13.	DSWE	Ergebnis	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14.	14.	RKWE	Ergebnis	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15.	15.	SZLI	Ergebnis	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Qualität im DiD 2011, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, 15.2.2011, A. Dietel, RLP

Seite 23

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Pflegezustand: Übersicht

Rang 2011 in Bezug auf dieses Kriterium	LSP	Ergebnisqualität: (Pflege)Zustand der BW / Pat.			Gesamtbewertung 2011	
		2009	2010	2011		
1.	SZOE	1	1	1	1,0	↑
1.	SZWI	1	1	1	1,1	=
1.	RKTR	1	1	1	1,1	↑
1.	PDOE	1	1	1	1,3	↑
2.	PDFR	1	1	1	1,1	↑
2.	SZFR	1	1	1	1,1	↑
2.	SZTR	1	1	1	1,1	↑
2.	SZKO	1	1	1	1,2	↑
2.	SZMU	1	1	1	1,2	↑
2.	KHBE	1	1	1	1,3	↑
2.	SZWE	1	1	1	1,4	=
2.	PDLI	1	1	1	1,7	↑
2.	DSWE	1	1	1	1,7	↑
3.	RKWE	1	1	1	1,5	↑
3.	SZLI	1	1	1	1,7	↑

Qualität im DiD 2011, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, 15.2.2011, A. Dietel, RLP

Seite 16

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Pflegezustand: **POSITIV**

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



Qualität im DiG 2011, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, 15.9.2011, A. Dietel, RLP

Seite 21

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Pflegezustand: **Verbesserungspotential**

- Schmerzmanagement:** Unklarheiten bei der Thematisierung, Abstimmung der Bedarfsmedikation / bei der Dokumentation und beim Nachhalten der Medikamentenwirksamkeit (z.B. RKWE, SZTR).
- Patienten sind häufig über die Frequenz des **Personalwechsels** unzufrieden (→ PD, aber auch SZ).
- Es werden keine **Bezugspflegekräfte** benannt (→ PD).



Qualität im DiG 2011, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, 15.9.2011, A. Dietel, RLP

Seite 17

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Dokumentation

Rang 2011	Rang 2010	LSPR	LSPR-Produkte	Eigene (interne) Dichtung (SE zur Dichtung)			Dichtung (interne) Systeme			Kontakte mit externen			Kommunikation (interne / externe) / Projektleitung			Eigenkapital (Rang 2011) (Rang)			Eigenkapital (Rang 2011) (Rang)			Gesamt (Rang 2011) (Rang)		
				1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1.	1.	SZOE	...	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1,0	1,1	1,0
2.	2.	PDFR	...	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1,1	1,1	1,1
2.	2.	SZFR	...	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1,1	1,1	1,1
2.	2.	SZMU	...	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1,1	1,1	1,1
2.	2.	RKTR	...	1-2	1-2	1-	1-	1-	1-	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1,1	1,1	1,1
2.	2.	SZTR	...	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1,1	1,1	1,1
3.	3.	SZKO	...	1-	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-	1-	1-	1-	1-2	1-2	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1,2	1,2	1,2
3.	3.	SZMU	...	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-	1-	1-	1-	1-2	1-2	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1,2	1,2	1,2
4.	4.	KHBE	...	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1,3	1,3	1,3
4.	4.	PDDE	...	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1,3	1,3	1,3
5.	5.	SZWE	...	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1,4	1,4	1,4
5.	5.	RKWE	...	1-	1-	1-2	1-2	1-2	1-2	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1,4	1,4	1,4
7.	7.	SZLI	...	1-2	1-	1-	1-	1-	1-	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1,7	1,7	1,7
7.	7.	PDLI	...	1-2	1-	1-	1-	1-	1-	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1,7	1,7	1,7
7.	7.	DSWE	...	1-2	1-	1-2	1-	1-2	1-	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1,7	1,7	1,7

Quelltext im DiG 2011, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, 15.2.2011, A. Dietel, RLP

Seite 22

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Dokumentation: Übersicht

Rang 2011 in Bezug auf dieses Kriterium	LSPR	Eigenkapital: Dokumentation			Gesamtbewertung 2011	
		2009	2010	2011		
1.	SZOE	2+	1-2	1-	1,0	⬆
1.	PDFR	1-	1-	1-	1,1	⬆
1.	RKTR	1-2	1-	1-	1,1	⬆
1.	SZMU	1-	2	1-	1,2	⬆
2.	SZFR	3+	2+	1-2	1,1	⬆
2.	SZWI	1-2	1-	1-2	1,1	=
2.	SZKO	2+	1-	1-2	1,2	⬆
2.	KHBE	2+	2+	1-2	1,3	⬆
2.	RKWE	2-	2-	1-2	1,5	⬆
2.	SZLI	3-4	3	1-2	1,7	⬆
2.	DSWE	2+	2-3	1-2	1,7	⬆
3.	SZTR	2+	2+	2	1,1	⬆
3.	PDDE	3	3	2	1,3	⬆
3.	SZWE	2+	2	2	1,4	=
3.	PDLI	2-3	2-	2	1,7	⬆

Quelltext im DiG 2011, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, 15.2.2011, A. Dietel, RLP

Seite 15

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Dokumentation: **POSITIV**

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



Qualität im DiG 2011, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, 15.9.2011, A. Dietel, RLP

Seite 25

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Dokumentation: **POSITIV**

- Das Risikomanagement hat durch die Einführung der Nationalen Expertenstandards an Bedeutung gewonnen
- Einführung von Pflegediagnosen nach NANDA, des Dementia Care Mappings, der Validation: Die Dokumentation der Pflegefachkräfte wird präziser.



Qualität im DiG 2011, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, 15.9.2011, A. Dietel, RLP

Seite 26

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Dokumentation: **Verbesserungspotential**

- Ⓢ Besonders bei **Langzeitpflegen** bleibt die **Rückverfolgbarkeit** der Entwicklung bis zur Aufnahme des Bewohners / Patienten überwiegend mit einem hohen Rechercheaufwand verbunden.
- Ⓢ Die **Verknüpfung der Daten** aus Anamnese, Biographie, Pflegeplanung und –bericht muss weiter geübt werden.
- Ⓢ **Patienteninformationen** müssen allen Beteiligten zur Verfügung stehen – keine ‚eigenen‘ Akten führen (z.B. RKTR).



Qualität im DiG 2011, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, 15.9.2011, A. Dietel, RLP

Seite 19

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Dokumentation: **Verbesserungspotentiale**

- Ⓢ Die **prospektive Festlegung von (Evaluations-)Dokumentationsintervallen** stellt noch keine Selbstverständlichkeit in den Einrichtungen dar – stattdessen Bezug auf ‚Routineintervalle‘ (vierwöchig, 3-monatlich, halbjährlich) (→ Projekt MCC, 2012).
- Ⓢ Das bereits für 2011 vorgesehene **Projekt MCC** konnte noch nicht in Angriff genommen werden (→ Zentrales Projekt MCC, 2012).
- Ⓢ **Reduktion / Zusammenführung** der verwendeten **Formulare**.



Qualität im DiG 2011, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, 15.9.2011, A. Dietel, RLP

Seite 20

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Herzlichen Glückwunsch!

Die **SZOE, SZWE, SZTR und SZMU** haben im Juli 2011 die Zertifizierung nach **Diakonie-Siegel Pflege** bestätigt.



Qualität im DiG 2011, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, 15.9.2011, A. Dietel, RLP

Seite 20

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Wie geht es weiter?

- ❖ Alle während der ‚Begutachtung zur Systemförderung‘ (Zertifizierung) ausgesprochenen Empfehlungen müssen **bethelweit 2012** entweder umgesetzt oder begründet abgelehnt werden.
- ❖ Die Umsetzung der **gemeinsam erarbeiteten Kataloge** (Pflegevisiten) wird thematisiert (→ **Prüfungsschwerpunkt 2012**).



Qualität im DiG 2011, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, 15.9.2011, A. Dietel, RLP

Seite 21

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Wie geht es weiter?

- ❖ Umstellung des elektronischen Dokumentationssystems auf Nachfolgeprodukt MCC.Net: Datenmigration sowie Anpassung aller Module auf Anforderungen des Diakoniewerks. Die an der Patienten- und Bewohnerversorgung beteiligten Berufsgruppen werden besser miteinander vernetzt (→ Zentrales Projekt 2012).
- ❖ Einführung gemeinsamer Formulare, Skalen / Taxonomie im Pflegebereich (→ Zentrales Projekt 2012).
- ❖ Weiterentwicklung von C&S: Dienst- und Tourenplanung in den Pflegediensten



Qualität im DiG 2011, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, 15.9.2011, A. Dietel, RLP

Seite 22

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Unser Dank gilt wie immer auch allen
Mitarbeitern in Ihren Betrieben



Qualität im DiG 2011, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, 15.9.2011, A. Dietel, RLP

Seite 23

NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

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

Stand: 9.9.2011

UB/AF	Noten durch die IR in Medizin und Pflege	Benotung durch den MDK
	2011	2010 / 2011
SZOE	1,0 ↑	1,0
SZFR	1,1 ↑	1,1
PDFR	1,1 =	1,0
SZWI	1,1 =	1,3
SZKÖ	1,2 ↑	1,1
PDOE	1,3 ↑	1,3
KHBE	1,3 ↑	k.B.
SZWE	1,4 =	1,3
RKTR	1,4 ↑	k.B.
PDLI	1,7 ↑	1,4
SZTR	1,1 ↑	1,4
RKWE	1,5 ↑	k.B.
SZMÜ	1,2 ↑	1,1
DSWE	1,7 ↑	1,0
SZLI	1,7 ↑	1,3

Legende:

k.B. - Keine Benotung durch MDK vorgesehen

Farbskala der DwB-Schulnotenbewertung

Anhang 4 – Ergebnisse der Mitarbeiterbefragungen im Verlauf 2009 – 2011

	2009		2010		2011	
	Befragungsart MA- Zufriedenheit	Befragungsart BW / Pat.- Zufriedenheit	Befragungsart MA- Zufriedenheit	Befragungsart BW / Pat.- Zufriedenheit	Befragungsart MA- Zufriedenheit	Befragungsart BW / Pat.- Zufriedenheit
SZKÖ	2,3	2,0	2,4	1,9	2,4	1,9
SZFR	1,8	2,0	1,9	1,7	1,9	1,5
PDFR	2,4	1,7	2,7	1,7	2,7	1,7
KHBE	2,6	1,5	2,7	1,9	2,7	1,9
SZLI	2,3	1,8	2,8	2,0	2,8	2,0
PDLI	2,0	1,8	2,3	1,6	2,8	1,6
SZOE	2,3	1,9	2,2	2,0	2,2	2,0
PDOE	1,3	1,6	1,5	1,6	1,5	1,6
SZWI	1,9	1,4	2,1	1,7	2,1	1,7
RKWE	2,7	1,5	2,4	1,8	1,4	1,6
SZWE	2,7	1,8	2,6	1,6	2,6	1,6
DSWE	3,0	1,8	2,5	1,8	2,0	1,6
RKTR	2,5	1,5	2,1	1,7	2,1	1,7
SZTR	2,2	2,4	2,1	2,1	2,1	2,1
SZMÜ	3,0	2,2	2,1	2,5	2,1	2,5

Legende:

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