

Scheve Management
Referat Produkte

**Qualität im Diakoniewerk Bethel
und seinen Beteiligungen:**

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

Qualitätsbericht 2015

Andreas Dietel



NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Inhalt

1	Einleitung	1
2	Prüfungsgrundlagen	3
3	Prüfungsdurchführung	5
4	Prüfungsergebnisse im Überblick	7
4.1	Bauliches, Wohnliches, Orientierung.....	7
4.1.1	<i>Konzept Wohnraumgestaltung</i>	7
4.1.2	<i>Ausstattung der Wohnbereiche, Stationen und Zimmer (Pflegedienste: Büroräume, Wartezonen)</i>	8
4.1.3	<i>Ausstattung für gerontopsychiatrische Bewohner (Seniorenzentren)</i>	9
4.1.4	<i>Bewertung der Ausstattung der Wohnbereiche / Stationen, Außenbereiche / Informationsmittel (Pflegedienste: Büroräume, Wartezonen)</i>	10
4.1.5	<i>Bewertung des Umfeldes der Inaugenschein genommenen Bewohner / Patienten</i>	11
4.2	Ordnung, Sauberkeit, Hygiene.....	11
4.2.1	<i>Bewertung der Reinigungsleistungen in den Wohnbereichen / Stationen und den Zimmern</i>	11
4.2.2	<i>Hygiene</i>	13
4.2.3	<i>Gesamteindruck der Hygiene</i>	14
4.3	Konzepte, Standards, Management.....	14
4.3.1	<i>Führungsprozesse</i>	14
	Diakonisches Profil.....	14
	Dienstplan / Tourenplan.....	19
	Interne Kommunikation, Einarbeitung neuer Mitarbeiter / Ehrenamtlicher.....	20
	Mitarbeitergespräche / Teamentwicklung / Ausbildung.....	21
	Fort- und Weiterbildungsmanagement / Literatur.....	22
4.3.2	<i>Qualitätsmanagement</i>	23
	Struktur des Qualitätsmanagements.....	23
	Maßnahmen der internen Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung (Umsetzung des ‚Plan-Do-Check-Act‘ – des PDCA-Zyklusses).....	24

4.3.3	<i>Sicherheit</i>	25
	Arbeitsschutz / Brandschutz / Wartungs- und Kontrollsystem / Gebäude- und Geländesicherheit	25
4.3.4	<i>Leitbilder, Konzepte und Versorgung</i>	25
	Leitbilder	25
	Konzepte.....	27
4.3.5	<i>Erstkontakt, Erstgespräch, Aufnahme</i>	27
	Versorgung und Integration der Patienten / Bewohner	28
	Überprüfung / Präsentation / Zielerreichung	30
	Fachliche Schwerpunkte.....	31
4.3.6	<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	Rezertifizierungen 2015 nach DSP und KTQ.....	39
4.7	Ergebnisse der Zertifizierungsaudits nach DSP.....	40
4.8	Zentrale Projekte zur Konzernentwicklung 2015.....	40
4.9	Schwerpunktt Themen 2015 – Ergebnisse	41
4.10	Schwerpunktt Themen 2016	42
4.11	Die Prüfergebnisse nach Schulnoten 2013 bis 2015 in der Synopse	44
5	Managementbewertungen im Überblick	45
5.1	Patienten / Bewohnerorientierung.....	45
	5.1.1 <i>Kennzahlen der Patienten- / Bewohnerorientierung</i>	45
	Hohe Kapazitätsauslastung	45
	Kontrollierte Fallschwere.....	46
	Komplette Personalbedarfsdeckung	47
	5.1.2 <i>Patienten- / Bewohnerbefragung</i>	47
	5.1.3 <i>Visitenergebnisse</i>	48

Durchführung Pflegevisiten.....	48
Verbesserungspotenziale Integrations- und Pflegevisiten	49
Audits nach Nationalen Expertenstandards	51
Fokussierte Visiten.....	51
5.1.4 <i>Erstkontakt / Erstgespräch / Aufnahmen</i>	52
5.1.5 <i>Pflegeaufwendige Patienten- / Bewohnergruppen zum Stichtag 31. Dezember</i>	52
<i>Pflegeaufwendige Patienten- / Bewohnergruppen zum Stichtag</i>	53
5.2 Mitarbeiterorientierung	56
5.2.1 <i>Kennzahlen der Mitarbeiterorientierung</i>	56
5.2.2 <i>Mitarbeitergespräche</i>	57
5.3 Sicherheit.....	58
5.3.1 <i>Arbeitsschutz</i>	58
5.3.2 <i>Hygiene</i>	59
5.3.3 <i>Lieferantenbewertung</i>	59
5.4 Qualitätsmanagement.....	60
5.4.1 <i>Fehlermanagement</i>	60
5.4.2 <i>Beschwerdemanagement</i>	60
6 Zusammenfassung	62
7 Ausblick	66
Anhang	67

1 Einleitung

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

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

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

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

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

Die Bewertungen des IR-Jahres werden über den verbleibenden Zeitraum ‚mitgezogen‘ und den aktuellen MDK-Benotungen gegenübergestellt (**vgl. Kapitel 4.11**, Erläuterungen hierzu im **Anhang 2, Folie 4 f., Anhang 3**)

Bereiteten sich bis 2013 der Auditor (Referatsleiter Produkte) und ein Ko-Auditor (Pflegedienstleitung einer anderen Einrichtung) gemeinsam auf die IR vor, die über zwei Tage ging, begleiten ab 2013 je zwei Ko-Auditoren eine IR, um einen umfas-

senden Einblick sicherstellen und ggf. Veränderungen / Abweichungen feststellen zu können.

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

Die zusammenfassende tabellarische Gesamtbeurteilung nach Schulnoten (Prüfergebnisse in der Synopse“, **siehe Kapitel 4.11**) stellt die Entwicklung der jeweils letzten drei Jahre im Überblick dar.

2 Prüfungsgrundlagen

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

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

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

Grundlagen für die diakonischen Kriterien sind:

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

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

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

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

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

3 Prüfungsdurchführung

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

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

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

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

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

Während der Revisionen wurden möglichst alle 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 weitere Beauftragte (z.B. Hygienebeauftragte, Sicherheitsbeauftragte etc.) teil. Darüber hinaus wurden auf den Wohnbereichen und Stationen das anwesende Bezugs-Pflegefachpersonal befragt und durch jene wesentliche Prozesse erläutert.

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

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

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

Im Rahmen der Internen Revision wurden 2015 folgende Einrichtungen geprüft und deren Daten in den folgenden Tabellen aktualisiert: Seniorenzentrum Bethel Wiehl (SZWI), Seniorenzentrum Bethel Welzheim (SZWE), Pflegedienst Bethel Welzheim (PDWE), Reha-Klinik Bethel Welzheim (RKWE). Alle anderen Daten stammen aus 2013 bzw. 2014 (**vgl. Kapitel 4.11 Die Prüfergebnisse nach Schulnoten 2013 bis 2015 in der Synopse**).

4 Prüfungsergebnisse im Überblick¹

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

Farbkodierungen:

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

4.1 Bauliches, Wohnliches, Orientierung²

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

4.1.1 Konzept Wohnraumgestaltung

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

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

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

² Diakoniestationen: nur Orientierung

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

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

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

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

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

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

4.1.3 Ausstattung für gerontopsychiatrische Bewohner (Seniorenzentren)

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

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

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

	Gestaltung der Gemeinschaftsräume	Gestaltung der Außenbereiche	Erscheinungsbild der Flure etc.	Veranstaltungsübersicht
SZKÖ	2+	1-	1-	1-
SZFR	1-	1	1-	1
SZOE	1-	k.B.	1	1
SZWI	1	1	1	1
SZWE	1	1	1	1
SZTR	1	1	1	1
SZMÜ	1	1	1	1
KHBE	2+	1	2+	1
RKWE	1-	1-	1-	1
RKTR	1-	1-	1-	1
PDBE	t.n.z.	3+	2	t.n.z.
PDOE	t.n.z.	2	1	t.n.z.
PDWE	t.n.z.	2	2+	t.n.z.

4.1.5 Bewertung des Umfeldes der Inaugenschein genommenen Bewohner / Patienten

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

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

Die Bewertung erfolgt nach Schulnoten.

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

KHBE	3+	1-
RKWE	1-	1-
RKTR	1-	1-

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

4.2 Ordnung, Sauberkeit, Hygiene

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

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

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

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

	Verkehrsflächen	Gerüche auf den Fluren	Sanitärflächen	Gemeinschaftsräume	Umgebung	Verteilerküche / Pflegedienste: Einrichtungsküche	Bewohner- / Patientenzimmer
SZKÖ	1	1	1	1	1	1	1-
SZFR	1	1	1	1	1-	1	1-
SZOE	1	2+	1	1-	1	1	1-
SZWI	1	1	1-	1	1	1	1
SZWE	1	1	1	1	1	1	1
SZTR	1	2+	1-	1	1	1	1-
SZMÜ	1	1	1	1	1	1	1
KHBE	1	1	1	1	1	1	1
RKWE	1-	1-	1	1	1	1	1
RKTR	1	1	1	1	1	k.B.	1
PDBE	2+	1	2+	1	1-	1	1-
PDOE	1	1	1	t.n.z.	1	t.n.z.	1
PDWE	1	1	1	1	2+	1	1-

4.2.2 Hygiene

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

- **Verfahrensweisungen** (VA) zur Anforderung sind vorhanden und geeignet.
- **Struktur** zum Hygienemanagement ist vorhanden (Hygienebeauftragter, Begehungsplanung, Hygienekommission, Protokolle, Leitfaden).
- Regelmäßige **Begehungen** / Überprüfungen finden statt.
- **Maßnahmenpläne** liegen vor.
- **Pflichtschulungen** aller 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	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	VP	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	VP	ja	ja	ja	ja	VP	ja

KHBE	ja						
RKWE	ja						
RKTR	ja						

PDBE	ja						
PDOE	ja						
PDWE	ja						

4.2.3 Gesamteindruck der Hygiene

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

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

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

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

PDBE	2+	1
PDOE	1	1-
PDWE	1-	1-

4.3 Konzepte, Standards, Management

4.3.1 Führungsprozesse

Diakonisches Profil

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

Grundsätzlich sind in allen Einrichtungen folgende Aspekte vorhanden:

- **Das Seelsorgeleitbild** ist vorhanden.

- Die Seelsorge wird von **Seelsorgern** vermittelt.
- Die **Angebotsübersicht zur Seelsorge** hängt gut sichtbar und lesbar an allen ‚schwarzen Brettern‘ der Einrichtungen.
- Die **Zusammenarbeit** mit anderen **Konfessionen** und umliegenden **Gemeinden** wird gesucht und gefördert (Liste über die zuständigen Pastoren/Pfarrer und Seelsorger liegt vor).
- Ausstattung der Bewohner- und Patientenzimmer mit dem **Neuen Testament** (NT) (Pflegedienste: Büro).
- Die Einrichtungen halten in den Gemeinschafts- und Diensträumen einen Satz NT, Gesangsbücher (Feiern und Loben und je nach Region zusätzlich ein evangelisches und / oder katholisches Gesangsbuch) und ein Aussegnungsset vor. **Bibeln und Gesangsbücher** werden mit Einlageblättern o.ä. ausgestattet, die einen Schnellzugriff auf besonders geeignete Texte und Lieder ermöglichen.
- Die Unternehmensbeteiligungen halten **weitere Fachliteratur** vor, die jedem 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 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	VP	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja

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

PDBE	ja								
PDOE	ja								
PDWE	ja								

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

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

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

	Bedürfnisse Pat. / BW	Diakonische Angebote	Seelsorgerische Betreuung / Zuwendung etc.	Evaluation
SZKÖ	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	k.B.	ja
SZMÜ	VP	ja	ja	ja

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

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

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

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

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

- **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	k.B.
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	VP	VP	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	nein	ja	ja	k.B.

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

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

Dienstplan / Tourenplan

Dienstpläne und zusätzlich in den Pflegediensten Tourenpläne sind:

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

	Vollständigkeit	Bezugspflege	Qualifikation	Sonderzeiten / 24 Std. Erreichbarkeit	Soll-/Ist-Abgleich	Ausfallzeiten	Veröffentlichung	Archivierung
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	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	VP
KHBE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	nein
RKWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
RKTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein
PDBE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	VP
PDOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein
PDWE	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
SZOE	VP	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	t.n.z.
RKWE	VP	VP	ja	ja
RKTR	ja	ja	ja	t.n.z.

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

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).

	Mitarbeitergespräche	Maßnahmen der Teamentwicklung	Strukturierte Ausbildung	Systematische Begleitung der Auszubildenden
SZKÖ	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	VP	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	VP
SZWI	ja	VP	ja	ja
SZWE	ja	VP	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	VP	VP
KHBE	ja	ja	ja	ja
RKWE	ja	VP	VP	ja
RKTR	ja	ja	ja	nein
PDBE	ja	ja	ja	ja
PDOE	ja	ja	ja	ja
PDWE	ja	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 oder der Pflegevisiten: Vollständigkeit der Dokumentation gegeben).
- 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	VP	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	nein	ja	VP	VP	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	VP	ja	nein	nein	ja	ja	ja
KHBE	ja	ja	VP	ja	ja	nein	ja	ja	ja
RKWE	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	VP	VP
RKTR	ja	VP	ja	ja	nein	VP	ja	ja	ja
PDBE	ja	ja	ja	ja	nein	VP	ja	ja	ja
PDOE	ja	ja	ja	ja	nein	VP	ja	ja	ja
PDWE	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja

4.3.2 Qualitätsmanagement

Struktur des Qualitätsmanagements

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

	VA	QMB	Stellenbeschreibung QMB	QMH	Interne Kommunikation	Planung der Audits, Visiten, Qualitätszirkel etc. sowie Maßnahmenpläne vorhanden?
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	VP	VP	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	VP	ja	ja	ja	ja	ja
KHBE	ja	ja	ja	ja	VP	ja
RKWE	ja	ja	ja	VP	ja	ja
RKTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDBE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja

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

- **Verfahrensanweisungen (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
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja
KHBE	ja	ja	ja	VP	ja	ja
RKWE	ja	ja	ja	VP	ja	ja
RKTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDBE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja

4.3.3 Sicherheit

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

In den folgenden Tabellen werden die Kriterien der Anforderungen aus dem 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	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	VP	k.B.	ja	ja	ja	ja	VP
SZWE	ja	ja	VP	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	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	ja
RKTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDBE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDOE	ja	ja	ja	ja	ja	VP	ja	ja
PDWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja

4.3.4 Leitbilder, Konzepte und Versorgung

Leitbilder

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

- In allen Unternehmensbeteiligungen existieren **Leitbilder** zu allen Themen (u.a. Unternehmensleitbild, Seelsorgeleitbild, Pflegeleitbild, Hauswirtschaftsleitbild).
- Während der **Teamsitzungen, Fortbildungen** und zur **Einführung** neuer 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
SZOE	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja

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

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

Konzepte

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

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

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

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

4.3.5 Erstkontakt, Erstgespräch, Aufnahme

- **1. Verantwortlichkeiten** sind in den beteiligten Berufsgruppen geregelt.
- **2. Checkliste** für den Erstkontakt für 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 Weiterlei-

tung der Informationen an die Berufsgruppen wird vor der Aufnahme sichergestellt.

- **4. Checkliste Aufnahme:** Am Tag der Aufnahme sind alle notwendigen Vorbereitungen für eine reibungslose Aufnahme abgeschlossen. Der Wohnbereich / die Station ist informiert (Pflegedienst, Arztdienst, Hauswirtschaft, Therapeutischer Dienst).
- **5. Die Aufnahme** erfolgt reibungslos – alle notwendigen Informationen (z.B. Risikoermittlung) werden erhoben und weitergeleitet.

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

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

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

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

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

Versorgung und Integration der Patienten / Bewohner

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

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

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

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

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

	Arztdienst			Therapeutischer Dienst		
	1	2	3	1	2	3
KHBE	ja	ja	ja	ja	k.B.	k.B.
RKWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
RKTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja

Überprüfung / Präsentation / Zielerreichung

Insgesamt wird das Versorgungsergebnis überprüft:

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

	Bewohner- / Patientenbefragung bethelweit	Bewohner- / Patientenbefragung unterjährig	Evaluation Aufnahme- Versorgungsprozess	Ergebnispräsentation	Maßnahmenpläne / Zielerreichung
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	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
PDBE	ja	ja	ja	ja	ja
PDOE	ja	ja	ja	ja	ja
PDWE	ja	ja	ja	ja	ja

Fachliche Schwerpunkte

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

	Schwerpunkt vorhanden	Wenn ja, welcher (e)?
SZKÖ	nein	Keine.
SZFR	nein	Keine.
SZOE	nein	Keine.
SZWI	ja	Niederschwelliges Angebot: Demenzkafee / Beschützer Bereich für demenziell veränderte Bewohner
SZWE	ja	Keine Zusatzleistung nach SGB XI: Beschützer Bereich für Bewohner mit gerontopsychiatrischem Hintergrund
SZTR	nein	Keine.
SZMÜ	ja	Beschützer Wohnbereich demenziell veränderte Bewohner
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
PDBE	ja	Niederschwelliges Angebot: Projekt Haltestelle
PDOE	nein	Keinen.
PDWE	ja	Niederschwellige Betreuungsangebote nach § 45c SGB XI: Demenzgruppen

4.3.6 Standards und Leitlinien

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

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

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

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

Pflegerischer Bereich

Folgende Kriterien werden überprüft:

- **Vollständigkeit** der Nationalen Expertenstandards (**NES**).
- Einrichtung individuell 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	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	VP	ja	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja

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

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

Ernährung

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

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

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

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

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

Medikamentenversorgung

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

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

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

	VA	Med.-Schränke abschließbar / Lagerung Medikamenten- kühlschränke	Namentliche Kennzeichnung	Entsprechung von gestellten und verordneten Med.	Dokumentation im BTM-Buch
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja
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	VP	ja	ja
PDBE	ja	ja	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
PDOE	ja	ja	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
PDWE	ja	ja	ja	ja	t.n.z.

Geregeltes Notfallmanagement

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- mit der Einrichtung, der Freundlichkeit des Personals
- mit den Beschäftigungsangeboten

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

Die Bewertung erfolgt im Schulnotensystem:

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

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

PDBE	2+	2+
PDOE	1	1-
PDWE	1-	1-

4.5 Ergebnisqualität: Überprüfung der medizinischen Dokumentation

4.5.1 Vollständigkeit

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

1. Stammblatt
2. Pflegeanamnese / Biografieblatt
3. Pflegeplanung
4. Pflegebericht
5. Leistungsnachweis / -dokumentation
6. Betreuungsplanung bzw. -nachweis
7. Dekubitusrisikokala / -einschätzung
8. Lagerungsprotokoll
9. Wundprotokoll / -dokumentation
10. Ernährungs- / Trinkprotokoll
11. Sturzrisiko

- 12. (Förderung der Harnkontinenz)
- 13. Vitalzeichenkontrollblatt
- 14. Ärztliches Verordnungsblatt / Visitenprotokoll
- 15. (Schmerzdokumentation)
- 16. Medikamentenplan
- 17. (Therapiedokumentation / Aktivierungsbogen)
- 18. Seelsorge
- 19. Überleitungsbogen

Krankenhäuser zusätzlich:

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

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

KHBE	1
RKWE	1-
RKTR	2+

PDBE	2+
PDOE	2+
PDWE	2+

4.5.2 Formale und inhaltliche Führung der medizinischen Dokumentation

Die Überprüfung der Dokumentation konzentriert sich auf die **Darstellung des Pflegeprozesses** in der Pflegeplanung und im –bericht (→ Seniorenzentren und Pflegedienste) bzw. des **Versorgungsprozesses** aus Sicht aller beteiligten Berufsgruppen (→ Krankenhaus und Reha-Kliniken) sowie aller ergänzenden Bestandteile des Dokumentationssystems. Vor allem die Entwicklung eines Bewohners / Patienten von der Aufnahme bis zum Prüfungszeitpunkt muss sich anhand der Dokumentation – beispielsweise der Pflegeplanung und seiner Aus- und Neubewertungen - nachvollziehen lassen. Alle Ereignisse, Befindlichkeiten und Besonderheiten inklusive zuge-

höriger Maßnahmen und Überprüfungsintervalle sollten von den befragten Mitarbeitern vorgetragen werden und mussten aus der Dokumentation hervorgehen. Die Bewertung dieses Kriteriums erfolgt mittels Schulnoten.

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

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

KHBE	1	1
RKWE	1	2
RKTR	1-	1-

PDBE	2+	1-
PDOE	1-	1-
PDWE	1-	1

4.6 Rezertifizierungen 2015 nach DSP und KTQ

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

Für alle Seniorenzentren und Pflegedienste (im Folgenden **SZ** und **PD**) endete 2015 der dritte Rezertifizierungszyklus nach dem bewährten Verfahren der „Matrixzertifizierung“. Die Seniorenzentren SZKÖ, SZFR und SZMÜ bestätigten ihre Zertifizierung nach DSP und somit zugleich die Anforderungen der Norm DIN-EN-ISO 9001:2008. Das KHBE und die RKTR bestanden ihre Visitationen nach KTQ (KHBE: Manual in der Fassung „Version 2 ab 2009“, die RKTR in der Fassung „Version 1.1 Manual für Reha-Kliniken“) erfolgreich.

Alle Ergebnisse zur Rezertifizierung nach DSP sind im Bericht zur „**2. Begutachtung zur Systemförderung**“ nachzulesen. Der Bericht wurde im Internet veröffentlicht³.

2016 beginnt der vierte Wiederholungszyklus, dann nach dem DSP in der Version 3. Ob die Version 3 gleichzeitig die neue DIN-EN-ISO 9001:2015, deren Erscheinen für das letzte Quartal 2015 angekündigt wurde, abdecken wird, muss abschließend geklärt werden.

Die nächsten Termine der Rezertifizierung nach DSP für 2016 werden mit allen Beteiligten vereinbart und betreffen die Scheve Management, die Seniorenzentren SZWI und SZWE sowie den PDWE. Die RKWE wird sich nach KTQ rezertifizieren lassen.

4.7 Ergebnisse der Zertifizierungsaudits nach DSP

In diesem Jahr endete der Zyklus der dritten Wiederholungsbegutachtung.

Die Auditoren von proCum Cert stellen zu Beginn ihres Berichtes von 2015 fest:

„Das Managementsystem der Diakoniewerk Bethel gGmbH Berlin entspricht den Anforderungen des Bundesrahmenhandbuches Diakonie-Siegel Pflege Version 2.0. Es ist angemessen und wirksam im Unternehmen realisiert. Es wurden keine Abweichungen (...) festgestellt.“

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

„Das Managementsystem der Diakoniewerk Bethel gGmbH Berlin entspricht (außerdem) den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2008. (...)“ (**vgl. Bericht 2. Begutachtung zur Systemförderung, 2015: 3**).

Einrichtungsübergreifende Verbesserungspotentiale wurden dieses Jahr nicht dokumentiert. Alle Einrichtungen müssen auf Grundlage des Berichtes sicherstellen, dass die aufgeführten Verbesserungspotentiale bei ihnen ausgeschlossen sind.

4.8 Zentrale Projekte zur Konzernentwicklung 2015

Für 2015 wurden keine zentralen Projekte geplant. Schwerpunktthemen der Internen Revision werden im Folgenden ausgeführt.

³ www.bethelnet.de/index2.php?site=qualitaetsentwicklung_qualitaetsberichte

4.9 **Schwerpunktt Themen 2015 – Ergebnisse**

In diesem Jahr standen alle Aspekte rund um das **diakonische Profil** im Fokus der Internen Revisionen. Herangezogen wird die Richtlinie „Arbeiten in christlicher Verantwortung“, aus der der Anspruch des Diakoniewerkes Bethel an seine Einrichtungen und deren Angebote und Maßnahmen für Angehörige, Betreute und Mitarbeiter abgeleitet wird. Das diakonische Profil findet sich deshalb in unterschiedlichen Bereichen, wie beispielsweise dem der **Fort- und Weiterbildung**, der **Teamentwicklung**, **Einführung neuer Mitarbeiter**, der Betreuung und Begleitung **Ehrenamtlicher**, der Erstellung und Pflege aller **Stellen- und Aufgabenbeschreibungen**, der **Begleitung Sterbender** oder dem der **Seelsorge**. Bis 2017 bleibt das Thema einer der Schwerpunkte der Internen Revisionen.

Die Einrichtungen beachten prinzipiell die Vorgaben des diakonischen Profils, wie die Übersichten (**siehe Kapitel 4.3.1**) zeigen. Vereinzelt Verbesserungspotentiale bestehen beispielsweise darin, allen neuen Mitarbeitern bei Aufnahme der Tätigkeit neben der üblichen Informationsmappe ein Neues Testament zu überreichen oder im Aushang auf seelsorgerliche Angebote für Mitarbeiter hinzuweisen. Die Teilnahme am Krankenabendmahl bzw. auch an Beisetzungen muss auf Wunsch der Mitarbeiter gewährt und in der Verfahrensanweisung ausdrücklich vermerkt werden.

Ein weiterer **Schwerpunkt** stellt das öffentliche Projekt zur „**Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation**“ dar. Alle Einrichtungen des Diakoniewerkes verfolgten 2015 den Verlauf aufmerksam, zwei – das SZKÖ und der PDOE – nehmen weiterhin aktiv an dem Projekt teil. Bisher konnten für das DwB keine Maßnahmen abgeleitet werden.

Der dritte **Schwerpunkt** behandelt den **Umgang** der Einrichtungen **mit den Ergebnissen der jährlichen Mitarbeiterbefragung**. Die ersten Ergebnisse während der Internen Revisionen und der diesjährigen Rezertifizierungen zeigen, dass der Umgang schwierig ist und weiterhin auf der Agenda bleiben muss. Insgesamt muss sich die Beteiligung der Mitarbeiter an der Befragung verbessern und die Ergebnisse zu konkreteren Maßnahmen in den Einrichtungen führen.

Neben diesen Schwerpunkten gab es **weitere Aspekte**, die thematisiert wurden (**vgl. Qualitätsbericht, 2014: 42 ff**):

- Nach ersten Anlaufschwierigkeiten lässt sich gegenwärtig ein routinierterer Umgang mit dem „**Fehler des Monats**“ feststellen. Ob sich die Fehlerkultur in den Einrichtungen durch die Auswahl eines Fehlers des Monats aus den eingegangenen Fehlermeldungen verbessert hat, wird sich in den folgenden Monaten bzw. im kommenden Jahr zeigen. Die regelmäßige Dokumentation der Fehler fällt bisher noch höchst unterschiedlich aus (**vgl. Kapitel 5.4.1**).
- Die Rückmeldungen der Auszubildenden und der Praxisbegleiter bezüglich der Thematisierung der **Nationalen Expertenstandards in der Pflege** und des **Pflegeprozesses** während der Ausbildung sind heterogen: In München und Welzheim werden sowohl die Expertenstandards als auch die Pflegedokumentation thematisiert und behandelt. In Berlin werden in einer Ausbildungsstätte hauseigene „Expertenstandards“ vermittelt ohne den pflegfachlichen Hintergrund oder den theoretischen Überbau des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege darzustellen. Eine weitere Schule zog zu Beginn der Ausbildung das Thema Pflegedokumentation vor und stellte die Vermittlung grundpflegerischer Themen zurück – deshalb fehlte dem befragten Auszubildenden die Verbindung zwischen Dokumentation und ihrem Gegenstand, also den Inhalten der Krankenbeobachtung, der Risikoerkennung, der Beschreibung und Planung von Maßnahmen etc.
- **Fortbildungstage** zur Vermittlung mehrerer Pflichtthemen werden in mehreren Einrichtungen inzwischen angeboten. Die Empfehlung des letzten Jahres, die Pausen zwischen den Seminaren durch Entspannungstrainings zu ergänzen, wurde nicht umgesetzt.
- Das Projekt zum **konzernweiten Springerpool** wurde umgesetzt. Vier Mitarbeiter meldeten sich und wurden in den Pool aufgenommen. Erfahrungen werden in der Hauptgeschäftsführerkonferenz zum Jahresende ausgetauscht und die Entscheidung zur Weiterführung oder Einstellung getroffen.

4.10 Schwerpunktthemen 2016

Im nächsten (und dem darauffolgenden) Jahr stehen die Umsetzung des **diakonischen Profils**, der Umgang mit den Ergebnissen der Mitarbeiterbefragung und der Umgang mit dem **Fehler des Monats** im Fokus.

Wie in diesem Jahr wird das Projekt der Bundesregierung zur „**Effizienzsteigerung der Dokumentation**“ intensiv durch alle Einrichtungen des Diakoniewerkes verfolgt und Erkenntnisse ausgetauscht. Darüber hinaus werden interne Maßnahmen zur Steigerung der Effizienz der Dokumentation, beispielsweise durch Reduktion des Formularwesens, Eliminierung der Doppel- und Paralleldokumentation oder durch Einführung von Fachbegriffen / einer pflegespezifischen Taxonomie in den Fokus rücken.

In Verbindung mit dem Projekt zur **Effizienzsteigerung** (s.o.) wird das elektronische Dokumentationssystem des Diakoniewerkes Bethel – **MCC** – überprüft und ggf. verbessert werden müssen. Welche Maßnahmen konkret ergriffen und welche Ressourcen hierzu freigegeben werden könnten, wird in regelmäßigen Abständen zentral geprüft und im Rahmen von Sitzungen mit dem Gesellschafter geklärt.

Die **Einführung einer neuen Dienst- und Tourenplanungssoftware** (vgl. Qualitätsbericht 2013, Kapitel 4.9) wird in den Pflegediensten zu positiven Veränderungen und zur stärkeren Unterstützung der Leistungserbringung, zu einem besseren Controlling und zur Effizienzsteigerung der Dokumentation führen. Über den Fortgang werden die Pflegedienstleitungen und Hauptgeschäftsführer dem Referatsleiter Produkte regelmäßig berichten. Im Rahmen der Internen Revisionen werden die Fortschritte und Erfahrungen thematisiert.

Um den Nachschulungsaufwand der Absolventen der Ausbildungsstätten durch die Einrichtungen zu den Themen „**Nationale Expertenstandards in der Pflege**“ sowie der **Dokumentation** in Grenzen zu halten, sind die Einrichtungen aufgefordert, entsprechende Ausbildungsanforderungen an die Ausbildungsstätten zu richten. Im Rahmen der Internen Revisionen und Rezertifizierungen wird die Kooperation der Einrichtungen mit den Ausbildungsstätten thematisiert.

4.11 Die Prüfergebnisse nach Schulnoten 2013 bis 2015 in der Synopse

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

Pos. 2015	Pos. 2014	LBR/AF	Letzter Vor-Ort-Prüftermin/Interne Revision	Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung (FD: nur Orientierung)			Ordnung, Sauberkeit, Hygiene			Konzepte und Standards			Pflegerisches / ärztliches / therapeutisches Management			Ergebnisqualität: (Pflege-)Zustand der BW / Pat.			Ergebnisqualität: Dokumentation			Durchschnitt (Pflegeszustand doppelt gewichtet)			Letzter Vor-Ort-Prüftermin MDK	Note MDK		
				13	14	15	13	14	15	13	14	15	13	14	15	13	14	15	13	14	15	13	14	15				
1.	1.	SZOE	27.02. - 28.02.13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,0	1,0	1,0	19.11.2014	1,1
2.	1.	SZWI	04.02. - 05.02.2015	1	1	1 -	1	1	1	1 -	1 -	2	1 -	1 -	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,0	1,0	1,1 ↓	13.10. - 14.10.2014	1,0
2.	2.	SZFR	26.03.-27.03.2014	1-2	1 -	1 -	1 -	1	1	1 -	2 +	2 +	1 -	1 -	1 -	1	1	1	1	1	1	1	1,1	1,1	1,1	22.9. - 23.09.2014	1,1	
2.	2.	RKTR	04.03. - 05.03.2014	1	1	1	1-2	1	1	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,1	1,1	1,1		k.B.
2.	2.	SZTR	14.05-15.05.2013	1 -	1 -	1 -	1	1	1	1-2	1-2	1-2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,1	1,1	1,1	04.12.2014	1,2
2.	2.	SZKÖ	07.05. - 08.05.2014	1-2	1-2	1-2	1 -	1 -	1 -	1 -	1	1	1 -	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,1	1,1	1,1	25.08. - 26.08.2014	1,1
2.	2.	SZMÜ	19.02. - 20.02.2014	1 -	1	1	1 -	1 -	1 -	2 +	2	2	1-2	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1,2	1,1	1,1	11.12.2014	1,2
3.	3.	PDOE	03.04.-04.04.2013	1	1	1	1-2	1-2	1-2	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1	1	1	2 +	2 +	2 +	2 +	2 +	1,2	1,2	1,2	29.01.2015	1,0
4.	5.	SZWE	17.03. - 18.03.2015	1	1	1	1	1	1	2-3	2-3	1-2	2	2	1-2	1	1	1	3	3	2 +	2 +	2 +	1,6	1,6	1,3 ↑	16.12.2014	1,2
4.	5.	PDWE	19.03. - 20.03.2015	1	1	1	2	2	1	2-3	2-3	2	2-3	2-3	1-2	1	1	1 -	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1,6	1,6	1,3 ↑	01.04.2015	1,0
5.	4.	PDBE	03.06.2014	1-2	1-2	1-2	2 +	2 +	2 +	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1-2	1-2	1-2	2 +	2 +	2 +	2 +	2 +	1,5	1,5	1,5	17.12.2014	1,0
6.	5.	KHBE	14.05.-15.05.2014	1-2	1-2	1-2	1 -	1-2	1-2	2 +	2-3	2-3	2 +	2 -	2 -	1 -	1 -	1 -	1	1-2	1-2	1-2	1-2	1,4	1,6	1,6		k.B.
7.	6.	RKWE	12.05. - 13.05.2015	2 +	2 +	1-2	1 -	1 -	1	3	3	3-4	3	3	2 +	1 -	1 -	1	2 +	2 +	2 +	2 +	2 +	1,8	1,8	1,7 ↑		k.B.

Legende:

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

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

5 Managementbewertungen im Überblick⁴

5.1 Patienten / Bewohnerorientierung

5.1.1 Kennzahlen der Patienten- / Bewohnerorientierung

Hohe Kapazitätsauslastung

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

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

Die Kennzahl wird nicht auf die Pflegedienste angewandt.

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

	1. Quartal: Hohe Kapazitätsauslastung - erbrachte / mögliche Berechnungstage	2. Quartal: Hohe Kapazitätsauslastung - erbrachte / mögliche Berechnungstage	3. Quartal: Hohe Kapazitätsauslastung - erbrachte / mögliche Berechnungstage	4. Quartal: Hohe Kapazitätsauslastung - erbrachte / mögliche Berechnungstage	Gesamt
SZKÖ	95,1%	96,3%	93,5%	93,2%	94,5%
SZFR	99,2%	98,2%	98,1%	97,7%	98,3%
SZOE	93,3%	95,1%	92,6%	93,2%	93,5%
SZWI	77,0%	78,5%	81,2%	80,0%	79,2%
SZWE	99,3%	98,7%	98,7%	97,0%	98,4%
SZTR	100,1%	102,1%	102,8%	101,6%	101,6%
SZMÜ	98,9%	99,8%	98,6%	97,2%	98,6%
KHBE	107,3%	103,3%	103,1%	107,1%	105,2%
RKWE	93,5%	93,1%	95,2%	93,8%	93,9%
RKTR	71,7%	82,1%	93,2%	100,5%	86,9%

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

Kontrollierte Fallschwere

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

Beschreibung Seniorenzentrum / 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, Pflegestufenentw icklung - vereinbarte Leistungsstunden / Anzahl Leistungsempfänger	2. Quartal: Kontrollierte Fallschwere, Pflegestufenentw icklung - vereinbarte Leistungsstunden / Anzahl Leistungsempfänger	3. Quartal: Kontrollierte Fallschwere, Pflegestufenentw icklung - vereinbarte Leistungsstunden / Anzahl Leistungsempfänger	4. Quartal: Kontrollierte Fallschwere, Pflegestufenentw icklung - vereinbarte Leistungsstunden / Anzahl Leistungsempfänger	Gesamt
SZKÖ	53,22	52,57	58,71	57,94	55,61
SZFR	57,85	55,93	61,84	56,95	58,14
SZOE	55,36	52,00	59,70	55,50	55,64
SZWI	61,04	58,42	63,07	57,48	60,00
SZWE	60,63	63,60	65,34	67,96	64,38
SZTR	70,95	64,42	68,99	69,03	68,35
SZMÜ	69,98	68,11	67,66	68,52	68,56

KHBE	1,21 CMI	1,18 CMI	1,20 CMI	1,21 CMI	1,20 CMI
RKWE	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
RKTR	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.

PDBE	28,95	32,21	35,15	32,12	32,11
PDOE	20,88	19,45	26,20	23,14	22,42
PDWE	20,05	19,41	22,53	18,24	20,06

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
SZKÖ	99,43%	98,89%	103,34%	101,68%	100,84%
SZFR	95,01%	95,35%	93,98%	94,58%	94,73%
SZOE	77,66%	78,76%	83,41%	84,05%	80,97%
SZWI	98,37%	93,70%	93,48%	96,27%	95,46%
SZWE	86,77%	84,06%	85,84%	77,99%	83,66%
SZTR	89,99%	97,75%	93,19%	97,28%	94,55%
SZMÜ	95,09%	95,69%	97,20%	100,55%	97,13%
KHBE	95,98%	96,73%	97,66%	97,60%	96,99%
RKWE	92,92%	97,91%	95,77%	94,26%	95,21%
RKTR	89,03%	95,00%	93,08%	90,96%	92,02%
PDBE	92,72%	93,45%	91,62%	94,09%	92,97%
PDOE	96,33%	98,81%	99,35%	99,22%	98,43%
PDWE	88,27%	85,00%	86,24%	86,58%	86,52%

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	1,9
SZOE	1,9
SZWI	2,0
SZWE	2,1
SZTR	1,9
SZMÜ	2,0

	Konzernweit – Durchschnittsnote
KHBE	1,8
RKWE	2,0
RKTR	1,7

PDBE	1,8
PDOE	1,7
PDWE	1,8

5.1.3 Visiteregebnisse

Durchführung Pflegevisiten

Grundsätzlich werden Pflegevisiten von Führungskräften sowohl der zweiten und dritten Ebene durchgeführt, also Pflegedienstleitungen, Wohnbereichs- bzw. Stationsleitungen als auch von Qualitätsbeauftragten. Neben Visiten im eigenen Bereich - die zur Einschätzung der Leistungen der 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 Bewohner / Patient wird einmal pro Jahr auf Grundlage des Pflegevisitengesamtkataloges visitiert (ambulant: ausschließlich Patienten des SGB XI-Bereiches) - inklusive der fakultativen Visiten nach MDK-Katalog, die im Rahmen des Diakoniesiegels Pflege durchgeführt werden. Für die Reha-Kliniken werden 10% der Anzahl versorgter Patienten pro Jahr für die Planung der Pflegevisiten zugrunde gelegt, für das KHBE werden zwei Visiten monatlich pro Station geplant und durchgeführt. Weichen Planzahl und Ist-Zahl stark voneinander ab, können Führungsprobleme vermutet werden, die in der Folge die Gesamtqualität negativ beeinflussen.

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

	1. Quartal: Anzahl geplanter / durchgeführter Pflegevisiten	2. Quartal: Anzahl geplanter / durchgeführter Pflegevisiten	3. Quartal: Anzahl geplanter / durchgeführter Pflegevisiten	4. Quartal: Anzahl geplanter / durchgeführter Pflegevisiten
SZKÖ	91,84%	100,00%	63,27%	81,63%
SZFR	124,00%	72,00%	108,00%	100,00%
SZOE	89,80%	80,85%	93,75%	142,50%
SZWI	96,30%	96,30%	92,59%	96,30%
SZWE	100,00%	103,33%	103,33%	103,33%
SZTR	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
SZMÜ	96,88%	63,41%	88,10%	187,50%

	1. Quartal: Anzahl geplanter / durchgeführter Pflegevisiten	2. Quartal: Anzahl geplanter / durchgeführter Pflegevisiten	3. Quartal: Anzahl geplanter / durchgeführter Pflegevisiten	4. Quartal: Anzahl geplanter / durchgeführter Pflegevisiten
KHBE	103,70%	101,85%	103,70%	98,15%
RKWE	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
RKTR	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

PDBE	86,57%	152,24%	98,51%	62,69%
PDOE	105,56%	100,00%	94,44%	100,00%
PDWE	83,33%	108,33%	91,67%	112,50%

Verbesserungspotenziale Integrations- und Pflegevisiten

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

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

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

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

PDB	Gut	Gut
PDOE	Gut	Gut
PDWE	Gut	Gut

Audits nach Nationalen Expertenstandards

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

	1. Audit eines Nationalen Expertenstandards	Umsetzungsgrad Patienten- / Bewohner- audit	Umsetzungsgrad Personalbe- fragung	2. Audit eines Nationalen Expertenstandards	Umsetzungsgrad Patienten- / Bewohner- audit	Umsetzungsgrad Personalbe- fragung
SZKÖ	Dekubitusprophylaxe	86%	29%	Sturzprophylaxe	86%	18%
SZFR	Dekubitusprophylaxe	90%	21%	Sturzprophylaxe	92%	32%
SZOE	Harnkontinenz	95%	10%	Schmerzmanagement	96%	19%
SZWI	Dekubitusprophylaxe	95%	5%	Förderung der Harnkontinenz	99%	16%
SZWE	Sturzprophylaxe	92%	30%	Förderung der Harnkontinenz	89%	30%
SZTR	Dekubitusprophylaxe	92%	2%	Sturzprophylaxe	99%	3%
SZMÜ	Ernährungsmanagement	80%	58%	Förderung der Harnkontinenz	90%	38%
KHBE	Ernährungsmanagement	46%	47%	(T)	0%	0%
RKWE	Ernährungsmanagement	83%	48%	Dekubitusmanagement	63%	10%
RKTR	Dekubitusprophylaxe	100%	0%	Schmerzmanagement	100%	3%
PDBE	Sturzprophylaxe	85%	50%	Ernährungsmanagement	85%	48%
PDOE	Harnkontinenz	100%	0%	Schmerzmanagement	95%	33%
PDWE	Dekubitusprophylaxe	86%	29%	Sturzprophylaxe	83%	27%

Fokussierte Visiten

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

	1. Fokussierte Visite (Thema)	Umsetzungsgrad in %	2. Fokussierte Visite (Thema)	Umsetzungsgrad in %
SZKÖ	Evaluation der Risiken	88%	Gesundheitskarten	95%
SZFR	Bauchnabelpflege	100%	Einzeltherapie	85%
SZOE	Kontrakturen	91%	Ohrenpflege	90%
SZWI	Körperpflege	93%	Körperpflege	97%
SZWE	Hautzustand	64%	Schmerzmanagement	64%
SZTR	Mund/Zahnpflege	98%	Nagelpflege Hände / Füße	100%
SZMÜ	Mund/Zahnpflege	98%	Kleidung	96%

KHBE	Hände - und Nagelpflege	93%	Bradenskala	92%
RKWE	Lagerung	100%	Obstipations- prophylaxe	75%
RKTR	Nagelpflege Hände	97%	Haarpflege	100%

5.1.4 Erstkontakt / Erstgespräch / Aufnahmen

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

	Erstkontakt	Erstgespräche	Aufnahmen
SZKÖ	195	135	51
SZFR	k.A.	k.A.	k.A.
SZOE	438	372	359
SZWI	135	85	102
SZWE	194	121	118
SZTR	k.A.	k.A.	292
SZMÜ	659	588	161

PDBE	317	203	203
PDOE	88	74	69
PDWE	128	128	111

5.1.5 Pflegeaufwendige Patienten- / Bewohnergruppen zum Stichtag 31. Dezember

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

	Wachkoma	Beatmungspflichtiger Bewohner / Patient	Dekubitus	Blasenkatheter	PEG-Sonde	Fixierung	Kontraktur
SZKÖ	0	0	2	10	3	1	19
SZFR	0	0	8	5	2	13	17
SZOE	0	0	1	33	5	23	30
SZWI	0	0	4	2	2	1	20
SZWE	0	0	0	9	3	24	22
SZTR	1	0	0	15	6	7	9
SZMÜ	0	0	4	17	4	12	20

	Wachkoma	Beatmungspflichtiger Bewohner / Patient	Dekubitus	Blasenkatheter	PEG-Sonde	Fixierung	Kontraktur
PDBE	0	0	3	6	2	0	10
PDOE	0	0	1	1	1	0	6
PDWE	0	0	4	8	2	7	36

	Vollständige Immobilität	Tracheostoma	MRSA	Diabetes Mellitus
SZKÖ	10	3	5	50
SZFR	5	0	3	22
SZOE	17	0	4	19
SZWI	13	0	0	10
SZWE	1	0	0	12
SZTR	20	1	0	0
SZMÜ	14	0	1	19

PDBE	15	2	3	46
PDOE	0	2	0	11
PDWE	4	1	1	29

Pflegeaufwendige Patienten- / Bewohnergruppen zum Stichtag

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

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

legt sind alle Werte, die unter 8,5, gelb alle Werte die über einem Index von 8,5 liegen⁵.

Der ambulante Bereich stellt bezüglich der Bewertung der beschriebenen Kriterien eine Ausnahme dar: Häufig sind die Pflegefachkräfte nicht selbstständig in der Lage, die Versorgungsprozesse zu steuern und rechtzeitig auf Risiken zu reagieren. Patienten, Angehörige, Hausärzte und die Pflegekassen bzw. Sozialämter entscheiden beispielsweise darüber, ob und wann 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	Ernährungsauffälligkeiten	Chronische Wunden	Kontinenzprobleme	Sturzindex
SZKÖ	0,53%	20	10	9	112	3,48
SZFR	0,25%	27	26	11	72	5,04
SZOE	0,10%	49	18	17	180	5,22
SZWI	0,45%	25	21	1	65	3,05
SZWE	0,00%	64	8	1	96	4,53
SZTR	0,10%	25	7	3	80	1,71
SZMÜ	0,73%	44	19	2	78	3,28
KHBE	0,49%	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	5,92
RKWE	0,00%	15	2	4	30	15,64
RKTR	0,00%	14	9	0	15	10,24
PDBE	0,03%	49	5	12	62	t.n.z.
PDOE	0,30%	4	0	4	18	t.n.z.
PDWE	0,25%	38	4	12	46	t.n.z.

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

Die Übersicht zeigt die häufigsten Operationen im KHBE im Vergleich zum Berliner Landesdurchschnitt in Verbindung mit Komplikationsraten, wie sie zum Zwecke des

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

Qualitätsvergleiches vom **AQUA-Institut** bundes- und landesweit gesammelt, ausgewertet und anonymisiert veröffentlicht werden⁶:

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

	Cholezystektomie - Anzahl	Cholezystektomie - Dauer (in % bzgl. der Durchschnittsdauer * (Quelle: Eigene Daten))	Cholezystektomie - Postoperative Wundinfektion in %	Cholezystektomie - Allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen (in % bzgl. des ermittelten Durchschnitts) **	Kniegelenks-Totalendoprothese - Anzahl	Kniegelenks-Totalendoprothese - Dauer (in % bzgl. des ermittelten Durchschnitts * (Quelle: eigene Daten))	Kniegelenks-Totalendoprothese - Postoperative Wundinfektion in %	Kniegelenks-Totalendoprothese - Allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen (in % bzgl. des ermittelten Durchschnitts) **
KHBE	122	81,30%	k.A.	1,60%	123	97,00%	0,00%	0,00%
Berliner Landesdurchschnitt	7187	94,40%	k.A.	2,70%	3570	96,30%	0,40%	2,40%

*2013 - EndoCert - 1:30 Std.

** 2013 - AQUA

*2013 - EndoCert 1:40 Std.

** 2013 - AQUA

	Hüft-Endoprothese - Anzahl	Hüft-Endoprothese - Dauer (in % bzgl. der Durchschnittsdauer)*	Hüft-Endoprothese - Postoperative Wundinfektion in %	Hüft-Endoprothese - Allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen (in % bzgl. des ermittelten Durchschnitts) **	Generalindikator Dekubitus - Inzidenz in %
KHBE	136	81,20%	1,50%	0,70%	0,20%
Berliner Landesdurchschnitt	4809	82,60%	0,40%	2,60%	0,50%

*2013 - EndoZert 1:30 Std.

** 2013 - AQUA

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

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

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

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

	Erkrankungen des Bewegungsapparates	Frakturen (ohne Femurfraktur)	Femurfraktur	Apoplex	Neurologische Erkrankungen	Herzkrankheiten	Diabetesfolgen	Verzögerte Rekonvaleszenz	Sonstiges
RKWE	10%	7%	27%	15%	6%	10%	1%	5%	18%
Land BW	21%	9%	22%	9%	4%	11%	1%	10%	13%
Diff.	-11%	-2%	5%	6%	2%	-1%	0%	-5%	5%
RKTR	13%	0%	19%	34%	0%	0%	1%	31%	0%
Land BW	21%	9%	22%	9%	4%	11%	1%	10%	13%
Diff.	-8%	-9%	-3%	25%	-4%	-11%	0%	21%	-13%

	Barthel-Index Eingang in Punkten	Barthel-Index Ausgang in Punkten	Barthel-Index Zuwachs in Punkten	Entlassung: Wohnung in %	Entlassung: Seniorenzentrum in %	Entlassung: Akutklinik in %	Entlassung: Tod in %	Entlassung: Reha-Klinik in %
RKWE	45	70	25	76%	16%	k.A.	k.A.	k.A.
Land BW	55	80	25	77%	12%	k.A.	k.A.	k.A.
Diff.	-10	-10	0	-1%	4%	k.A.	k.A.	k.A.
RKTR	54	76	22	78%	13%	9%	0%	0%
Land BW	55	80	25	77%	12%	9%	4%	1%
Diff.	1	4	3	-1%	0%	0%	4%	1%

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 die Mitarbeiter 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. Der **Referenzwert** liegt bei 1%.

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

- Die **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 Kurzeiterkrankungen:** 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 Kurzeiterkrankungen*	Fachkräfteanteil
SZKÖ	1,1%	2,2	4,0%	43,8	52,0%
SZFR	2,1%	2,0	2,2%	16,7	51,0%
SZOE	0,6%	2,3	3,7%	135,8	50,0%
SZWI	1,9%	2,0	0,5%	48,5	54,0%
SZWE	1,0%	2,3	1,0%	58,8	49,0%
SZTR	2,0%	1,8	5,4%	21,5	46,0%
SZMÜ	0,9%	1,8	13,1%	51,0	59,0%
KHBE	0,8%	2,8	1,4%	145,8	84,0%
RKWE	1,2%	2,2	6,7%	50,7	61,0%
RKTR	1,1%	1,9	3,1%	43,6	51,0%
PDBE	0,8%	2,2	6,5%	166,7	44,5%
PDOE	1,9%	1,9	0,0%	12,3	50,0%
PDWE	1,3%	1,7	6,6%	35,5	64,7%

* AOK (2013): 53 Fälle auf 100 Personalfälle

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
SZKÖ	77,42%
SZFR	87,27%
SZOE	53,68%
SZWI	100,00%
SZWE	168,89%
SZTR	100,00%
SZMÜ	100,00%

KHBE	64,84%
RKWE	118,60%
RKTR	95,00%

PDBE	63,77%
PDOE	83,33%
PDWE	75,76%

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	20
SZFR	14
SZOE	12
SZWI	2
SZWE	3
SZTR	4
SZMÜ	7

KHBE	4
RKWE	3
RKTR	4

PDBE	32
PDOE	3
PDWE	1

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	64
SZOE	10
SZWI	2
SZWE	48
SZTR	3
SZMÜ	4
KHBE	53
RKWE	2
RKTR	2
PDBE	3
PDOE	1
PDWE	8

5.3.3 Lieferantenbewertung

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

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

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

KHBE	2
RKWE	2
RKTR	2

PDBE	2
PDOE	2
PDWE	1

5.4 Qualitätsmanagement

5.4.1 Fehlermanagement

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

	Fehleranzahl gesamt	Davon zufällig	Davon systematisch
SZKÖ	33	32	1
SZFR	100	93	7
SZOE	351	306	35
SZWI	14	14	0
SZWE	830	50	780
SZTR	39	19	20
SZMÜ	627	169	458

KHBE	51	47	4
RKWE	38	6	8
RKTR	39	19	20

PDBE	126	111	15
PDOE	42	40	2
PDWE	27	18	9

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	49
SZFR	13
SZOE	28
SZWI	13
SZWE	10
SZTR	5
SZMÜ	38

	Anzahl der Beschwerden
KHBE	41
RKWE	27
RKTR	28

PDB	53
PDOE	4
PDWE	20

6 Zusammenfassung

2003 wurden die Internen Revisionen in Medizin und Pflege (**IR**) eingeführt und jährlich wiederholt. Alle Einrichtungen befinden sich seit Jahren auf qualitativ hohem Niveau und bestätigen dies auch durch erfolgreiche Zertifizierungen nach „Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen“ (**KTQ**) und dem „Diakoniesiegel Pflege“ (**DSP**) sowie im Zuge der Begehungen der Heimaufsicht (**HA**) oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen (**MDK**). Seit 2013 wird jede Einrichtung anstatt jährlich daher nur einmal in drei Jahren – jeweils im Vorjahr ihrer Rezertifizierung - durch eine IR geprüft (**vgl. Kapitel 1 und 3**).

Die Bewertungen der IR und des MDK verdeutlichen, dass die Einrichtungen auch weiterhin den Anforderungen der Pflegekassen bzw. des Gesetzgebers gewachsen sind (**siehe Kapitel 4.11 und Anlage 3, Gegenüberstellung der Bewertungen**).

Die Übersicht der Prüfergebnisse nach Schulnoten 2013 bis 2015 zeigt aktuell zwei Gruppen: die „blaue“ und die „grüne“, erstere mit der Bewertung „sehr gut“, letztere mit einer „guten“ Bewertung. Veränderungen haben über die Jahre nur graduell stattgefunden – im Positiven wie im Negativen (**siehe Kapitel 4.11**).

2015 wurden die Seniorenzentren SZKÖ, SZFR und SZMÜ nach **DSP** sowie das KHBE und die RKTR nach **KTQ** erfolgreich **rezertifiziert**.

Die **Prüfeschwerpunkte 2015** wurden in allen im Rahmen der internen Revisionen und Rezertifizierungen begangenen Einrichtungen behandelt – exemplarisch sei die Umsetzung des **diakonischen Profils** erwähnt, das in allen Einrichtungen mit Engagement umgesetzt wird. Verbesserungspotentiale gab es in den besuchten Einrichtungen wenige (**siehe Kapitel 4.9**).

Alle Schwerpunkte werden auch die kommenden Jahre thematisiert – Mühe bereitet teilweise der Umgang mit **Ergebnissen der Mitarbeiterbefragung** oder mit der Einführung des „**Fehlers des Monats**“ (**ebd.**).

Die **Managementbewertungen** sind in allen UB vollständig erstellt worden. Größtenteils sind die Angaben vollständig. Teilweise schwankt die Präzision bei der Bewertung der Ergebnisse.

Erreichungsgrade, wie beispielsweise bei der Durchführung von Pflegevisiten, stellen sich in der Konzern-Übersicht heterogen dar (**siehe exemplarisch Kapitel 5.1.3 und 5.1.5**). Einige Referenzwerte – hier beispielsweise: Benotung der Einrichtungen durch ihre Bewohner und Patienten – werden konzernweit fast überall erreicht (**siehe Kapitel 5.1.2**).

Bei der **Weiterbildungsquote**, die konzernweit durchschnittlich bei 1% liegt, liegen vier Einrichtungen darunter, fünf leicht und vier deutlich - zwischen 1,9 und 2,1% - darüber (**siehe Kapitel 5.2.1**). Bei der **Fachkraftquote** erreichen nur drei von 13 Einrichtungen **nicht** den Wert von mindestens 50%.

Sechs der 13 Einrichtungen werden von ihren Mitarbeitern mit einer **Schulnote** schlechter als 2,0 **bewertet**. Der Referenzwert der **unerwünschten Fluktuation** wird nur in einer Einrichtung erreicht (**ebd.**). Überwiegend gelingt es den Einrichtungen nicht – hier: acht von 13 – die **Mitarbeitergespräche** im geplanten Umfang durchzuführen (**siehe Kapitel 5.2.2**).

Besonders ausführlich, umfassend und verständlich im Umgang mit diesen Ergebnissen ist die Managementbewertung des SZMÜ.

In der Kategorie „**Bauliches, Wohnliches, Orientierung**“ sind seit längerem keine gravierenden Mängel mehr aufgefallen, da alle Einrichtung regelmäßig Maßnahmen zur Instandhaltung ergreifen (**siehe Kapitel 4.1**). Es fällt sofort auf, wenn eine Einrichtung in ihrem Bestreben nachlässt. Gegenüber anderen diesjährig begangenen Einrichtungen hat das SZKÖ bezüglich seines Erscheinungsbildes – Flure: Schrammen an den Wänden, Kratzer an den Türzargen – an „Boden verloren“.

In der Kategorie „**Ordnung, Sauberkeit, Hygiene**“ sind alle Einrichtungen grundsätzlich gut aufgestellt. Der Prozess zur Hygiene (**siehe Kapitel 4.2.2**) weist im Bethelkontext nur wenige Verbesserungspotentiale auf.

Die Anzahl der durchgeführten **Hygienevisiten** schwankt in den Einrichtungen sehr stark: in acht Einrichtungen werden jährlich ein bis vier Hygienevisiten dokumentiert und ausgewertet, in zwei weiteren acht bis zehn und in den letzten drei Einrichtungen zwischen 48 und 64. Bethelweit muss künftig **definiert** werden, was als Hygienevisite gelten und in die Managementbewertung einfließen kann (**siehe Kapitel 5.3.2**).

Alle Einrichtungen sind sauber und ordentlich, die Bewohner in den Seniorenzentren und Patienten in den Kliniken zeigten sich durchgehend sehr zufrieden mit diesen Aspekten.

Während der Rezertifizierungen wurde jedoch auch deutlich, dass einige Aspekte der **Sauberkeit** in der Routinearbeit der Reinigungskräfte und der Auditierenden dieser Leistungen nicht mehr ausreichend im Blick sind: Hinter Schränken, Regalen Truhen, an Belüftungen in Bädern oder in den Ecken der Räume und Zimmerdecken fanden sich Flusen und Spinnenweben, die zuvor einfach übersehen wurden. Ebenso wie in der Pflege üblich, sollten deshalb in der Hygiene und Reinigung häufiger „Fokusvisiten“, die sich auf typische Schwachstellen konzentrieren, durchgeführt werden (**siehe Bericht zur 2. Begutachtung zur Systemförderung, Seite 8f.**).

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

Insgesamt funktioniert das **Managementsystem** im DwB und seinen Einrichtungen, wird gelebt und ist „wirksam“ (**siehe Bericht zur 2. Begutachtung zur Systemförderung, Seite 5; vgl. auch Kapitel 4.3.2 ff.**).

Im Einzelnen stellt sich folgendes Bild dar: Während das **diakonische Profil** strukturell und in geprüften Prozessen deutlich erkennbar war, gibt es zu anderen Themen Verbesserungspotentiale:

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

Die routinemäßige **Auswertung von Notfällen** gehört **zwingend** zu einem umfassenden Qualitätsmanagement und seinem „kontinuierlichen Verbesserungsprozess“. Die **Fehlerkultur** aller Einrichtung muss angstfrei sein so dass Mitarbeiter vor der

Meldung von Fehlern bis hin zu schweren Komplikationen keine Scheu haben. Nur wenige Einrichtungen haben zur Auswertung von Notfällen eine Systematik entwickelt (**siehe Kapitel 4.3.6**), die quantitative Übersicht der Fehlermeldungen lässt auf einen höchst unterschiedlichen Umgang mit Fehlern schließen (**siehe Kapitel 5.4.1**).

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

Die **Versorgungsqualität** der Bewohner und Patienten in der Kategorie „**Ergebnisqualität: (Pflege-)Zustand der Bewohner und Patienten**“ war nach Ansicht der Auditoren sehr gut. Die **Zufriedenheit** der gesehenen Bewohner und Patienten mit ihrer Versorgung war hoch (**siehe Kapitel 4.4**).

Dies spiegelte sich ebenso in den **anonymen Befragungsergebnissen der Bewohner und Patienten 2014** wider: Nur zwei Einrichtungen – die RKWE und das SZWE – lagen leicht über dem Referenzwert von 2,0, alle anderen erhielten von ihren Patienten und Bewohnern eine Schulnote von 2,0 oder besser (**siehe Kapitel 5.1.2**). Dieses positive Ergebnis hat sich 2015 wiederholt (**siehe Anhang 4**).

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

7 Ausblick

Fast alle Einrichtungen durchliefen dieses Jahr ihren dritten Prüfzyklus bzw. werden ihn im nächsten Jahr durchlaufen haben. Alle Einrichtungen wiesen bei ihren Prüfungen ein nachhaltig stabiles und hohes Qualitätsniveau auf.

Das Konzept der Internen Revision in Medizin und Pflege wird in seiner veränderten Form fortgesetzt: weiterhin werden Einrichtungen regelhaft alle drei Jahre jeweils ein Jahr vor ihrer Rezertifizierung geprüft. Eine Abweichung von diesem Vorgehen kann jederzeit bei Bedarf und pro Einrichtung erwogen werden.

Die Begleitung der Internen Revisionen durch Pflegedienstleitungen und Qualitätsbeauftragte anderer Einrichtung wird auch weiterhin den gegenseitigen Erfahrungsaustausch sowie die Verbreitung von „Best-Practise-Beispielen“ innerhalb des DwB sicherstellen.

Durch die Umsetzung der Schwerpunktthemen werden weitere Entwicklungsschritte im DwB vollzogen werden.

Berlin, 20.10.2015

Andreas Dietel

Anhang

Anhang 1 – Terminplan und Ko-Auditoren 2015	68
Anhang 2 – Zusammenfassung des Qualitätsberichtes zur Präsentation auf der Konferenz der Führungskräfte (KFK), 10.9. – 11.9.2015	69
Anhang 3 – Gegenüberstellung der Bewertungen der Unternehmensbeteiligungen durch die Interne Revision in Medizin und Pflege und des MDK	80
Anhang 4 – Ergebnisse der Mitarbeiter- und Bewohner- / Patientenbefragungen im Verlauf 2013 – 2015	81

Anhang 1 – Terminplan und Ko-Auditoren 2015

Terminplan zur Revision und zur Zertifizierung 2015

	UB	Vor-Ort-Termine	Ko-Auditor aus Betrieb	Telefon-Konferenzen (9.00 - 12.00 Uhr)	Zertifizierungsaudit	Ko-Auditor aus Betrieb
1.	Seniorenzentrum Bethel Wiehl (SZWI)	04.02.-05.02.2015	Frau Klatt (SZFR), Herr Davidovic (SZMÜ)	30.01.2015		
2.	Seniorenzentrum Bethel Welzheim (SZWE)	17.03.-18.03.2015	Frau Schmidt (SZWI), Frau Rill (SZTR)	12.03.2015		
3.	Pflegedienst Bethel Welzheim (PDWE)	19.03.-20.03.2015	Frau Gottschalk (PDOE), Frau Möller (SZOE)	13.03.2015		
5.	Geriatrische Reha-Klinik Bethel Welzheim (RKWE)	12.05.-13.05.2015	Frau Haase (KHBE), Frau Wortmann (SZKÖ)	08.05.2015		
4.	Seniorenzentrum Bethel München (SZMÜ)				09.06.-10.06.2015 FrS	Frau Kalisch (QMB, SZKÖ)
6.	Scheve Management Gesellschaft (SMG)				15.06.2015 HrN	
7.	Seniorenzentrum Bethel Köpenick (SZKÖ)				16.06.-17.06.2015 HrN	Herr Thürigen (QMB, SZWI)
8.	Seniorenzentrum Bethel Friedrichshain (SZFR)				18.06.-19.06.2015 HrN	Frau Leber (QMB, SZOE)
9.	Geriatrische Reha-Klinik Bethel Trossingen (RKTR)				27.07.-29.07.2015	Frau Börner (PDBE)
10.	Krankenhaus Bethel Berlin (KHBE)				05.10.-08.10.201	Herr Dietel (SMG)
11.	Pflegedienst Bethel Bad Oeynhausen (PDOE)					
12.	Pflegedienst Bethel Berlin (PDBE)					
13.	Seniorenzentrum Bethel Bad Oeynhausen (SZOE)					
14.	Seniorenzentrum Bethel Trossingen (SZTR)					

Legende:

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

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



**NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL**



Qualität im Diakoniewerk Bethel 2015

Zusammenfassende Darstellung zum Qualitätsbericht

Präsentation zur Konferenz der Führungskräfte, 10.09. – 11.09.2015

*Andreas Dietel, Referatsleiter Produkte
Scheve Management*

Gesamtübersicht 2015



NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL

Anr. 2015	Flur 2014	LEBSP	Letzte Vor-Ort-Prüfung/Prüfungstermin	Baulich, Wohnlichkeit, Orientierung/PO (nur Dienerzug)			Ordnung, Sauberkeit, Hygiene			Konzepte und Standards			Flügelweise (architekton./strategisches Management)			Eigenleistung/IFB/Regelstand der RW/Flur			Ergebnisqualität Dokumentation			Durchschnitt (Flügelstand/Flurpaar gerechnet)			Letzte Vor-Ort-Prüfung/Prüfungstermin	Note MDK
				B	M	S	B	M	S	B	M	S	B	M	S	B	M	S	B	M	S					
1.	1.	SZOE	27.02.-28.02.13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18.11.2014	1,1
2.	1.	SZWI	04.02.-05.02.2015	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13.10.-14.10.2014	1,0
2.	2.	SZFR	28.03.-27.03.2014	1-2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22.9.-23.09.2014	1,1
2.	2.	RKTR	04.03.-05.03.2014	1	1	1	1-2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		k.B.
2.	2.	SZTR	14.05.-15.05.2013	1	1	1	1	1	1	1-2	1-2	1-2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	04.12.2014	1,2
2.	2.	SZKÖ	07.08.-08.08.2014	1-2	1-2	1-2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	25.08.-26.08.2014	1,1
2.	2.	SZMU	19.02.-20.02.2014	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11.12.2014	1,2
3.	3.	PDOE	03.04.-04.04.2013	1	1	1	1-2	1-2	1-2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1,2	1,2	1,2	29.01.2015	1,0
4.	5.	SZWE	17.03.-18.03.2015	1	1	1	1	1	1	2,3	2,3	1-2	2	2	1-2	1	1	1	3	3	3	1,6	1,6	1,6	18.12.2014	1,2
4.	5.	PDWE	19.03.-20.03.2015	1	1	1	2	2	1	2,3	2,3	2	2,3	2,3	1-2	1	1	1	1-2	1,2	1-2	1,6	1,6	1,6	01.04.2015	1,0
5.	4.	PDBE	03.08.2014	1-2	1-2	1-2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1-2	1-2	2	2	2	1,5	1,5	1,5	17.12.2014	1,0	
6.	5.	KHBE	14.05.-15.05.2014	1-2	1-2	1-2	1	1	1-2	1-2	2	2	2	2	1	1	1	1	1-2	1-2	1-2	1,4	1,6	1,6		k.B.
7.	6.	RKWE	12.05.-13.05.2015	2	2	1-2	1	1	1	3	3	3-4	3	3	2	1	1	1	2	2	2	1,8	1,8	1,7		k.B.

Qualität im DwB 2015, KFK, 10.09.2015, SMG, Andreas Dietel

Seite 2 von 21

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



NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL



Qualität im DwB 2015, KFK, 10.09.2015, SMG, Andreas Dietel

Seite 3 von 21

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



Qualität im DwB 2015, KFK, 10.09.2015, SMG, Andreas Dietel

Seite 4 von 21

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



Qualität im DwB 2015, KFK, 10.09.2015, SMG, Andreas Dietel

Seite 5 von 21

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



Qualität im DwB 2015, KFK, 10.09.2015, SMG, Andreas Dietel

Seite 6 von 21

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



Qualität im DwB 2015, KFK, 10.09.2015, SMG, Andreas Dietel

Seite 7 von 21

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



Qualität im DwB 2015, KFK, 10.09.2015, SMG, Andreas Dietel

Seite 8 von 21

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



Qualität im DwB 2015, KFK, 10.09.2015, SMG, Andreas Dietel

Seite 9 von 21

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



Qualität im DwB 2015, KFK, 10.09.2015, SMG, Andreas Dietel

Seite 10 von 21

Kategorie 3 – Konzepte und Standards



Pos. 2015 in Bezug auf dieses Kriterium	UB/AF	Konzepte und Standards			Gesamtbewertung 2015
		2013	2014	2015	
1.	SZKÖ	1 -	1	1	1,1
1.	SZOE	1	1	1	1,0
2.	PDBE	1 -	1 -	1 -	1,5
2.	PDOE	1 -	1 -	1 -	1,2
2.	RKTR	1 -	1 -	1 -	1,1
3.	SZWE	2-3	2-3	1-2	1,3 ↑
3.	SZTR	1-2	1-2	1-2	1,1
4.	SZFR	1 -	2 +	2 +	1,1
5.	SZWI	1 -	1 -	2	1,1 ↓
5.	PDWE	2-3	2-3	2	1,3 ↑
5.	SZMÜ	2 +	2	2	1,1
6.	KHBE	2 +	2-3	2-3	1,6
7.	RKWE	3	3	3-4	1,7 ↑

Qualität im DwB 2015, KFK, 10.09.2015, SMG, Andreas Dietel

Seite 11 von 21

Kategorie 4 – Pflegerisches / ärztliches / therapeutisches Management



Pos. 2015 in Bezug auf dieses Kriterium	UB/AF	Pflegerisches / ärztliches / therapeutisches Management			Gesamtbewertung 2015
		2013	2014	2015	
1.	SZKÖ	1 -	1	1	1,1
1.	SZOE	1	1	1	1,0
1.	SZWI	1 -	1 -	1	1,1 ↓
1.	SZTR	1	1	1	1,1
2.	SZFR	1 -	1 -	1 -	1,1
2.	PDBE	1 -	1 -	1 -	1,5
2.	RKTR	1 -	1 -	1 -	1,1
2.	SZMÜ	1-2	1 -	1 -	1,1
2.	PDOE	1 -	1 -	1 -	1,2
3.	SZWE	2	2	1-2	1,3 ↑
3.	PDWE	2-3	2-3	1-2	1,3 ↑
4.	RKWE	3	3	2 +	1,7 ↑
5.	KHBE	2 +	2 -	2 -	1,6

Qualität im DwB 2015, KFK, 10.09.2015, SMG, Andreas Dietel

Seite 12 von 21

Auswertung von Notfällen - Überblick



	Auswertung der Notfälle
SZKÖ	VP
SZFR	VP
SZOE	k.B.
SZWI	ja
SZWE	k.B.
SZTR	VP
SZMÜ	VP
KHBE	ja
RKWE	VP
RKTR	ja
PDBE	ja
PDOE	k.B.
PDWE	nein

Qualität im DwB 2015, KFK, 10.09.2015, SMG, Andreas Dietel

Seite 13 von 21

Kategorie 5 – Ergebnisqualität: Pflegezustand der BW / Patienten



Pos. 2015 in Bezug auf dieses Kriterium	UB/AF	Ergebnisqualität: (Pflege-)Zustand der BW / Pat.			Gesamtbewertung 2015
		2013	2014	2015	
1.	SZKÖ	1 -	1	1	1,1
1.	SZFR	1 -	1	1	1,1
1.	SZOE	1	1	1	1,0
1.	PDOE	1	1	1	1,2
1.	SZWI	1	1	1	1,1 ↓
1.	RKWE	1 -	1 -	1	1,7 ↑
1.	SZWE	1	1	1	1,3 ↑
1.	RKTR	1	1	1	1,1
2.	KHBE	1 -	1 -	1 -	1,6
2.	PDWE	1	1	1 -	1,3 ↑
2.	SZTR	1 -	1 -	1 -	1,1
2.	SZMÜ	1 -	1 -	1 -	1,1
3.	PDBE	1-2	1-2	1-2	1,5

Qualität im DwB 2015, KFK, 10.09.2015, SMG, Andreas Dietel

Seite 14 von 21

Kategorie 6 – Dokumentation



Pos. 2015 in Bezug auf dieses Kriterium	UB/AF	Ergebnisqualität: Dokumentation			Gesamtbewertung 2015
		2013	2014	2015	
1.	SZKÖ	1 -	1	1	1,1
1.	SZFR	1 -	1	1	1,1
1.	SZWI	1 -	1 -	1	1,1 ↓
2.	SZOE	1 -	1 -	1 -	1,0
2.	SZMÜ	1 -	1 -	1 -	1,1
3.	KHBE	1	1-2	1-2	1,6
3.	PDWE	1-2	1-2	1-2	1,3 ↑
3.	RKTR	1 -	1-2	1-2	1,1
3.	SZTR	1-2	1-2	1-2	1,1
4.	PDBE	2 +	2 +	2 +	1,5
4.	PDOE	2 +	2 +	2 +	1,2
4.	RKWE	2 +	2 +	2 +	1,7 ↑
4.	SZWE	3	3	2 +	1,3 ↑

Qualität im DwB 2015, KFK, 10.09.2015, SMG, Andreas Dietel

Seite 15 von 21

Endergebnis 2014



Pos. 2015	Pos. 2014	UB/AF	Durchschnitt (Pflegezustand doppelt gewichtet)				Note MDK			
			13	14	15	=				
1.	1.	SZOE	1,0	1,0	1,0	=	1,1		+	
2.	1.	SZWI	1,0	1,0	1,1	↓	1,0		+	
2.	2.	SZFR	1,1	1,1	1,1	=	1,1		+	
2.	2.	RKTR	1,1	1,1	1,1	=	k.B.		+	
2.	2.	SZTR	1,1	1,1	1,1	=	1,2		+	
2.	2.	SZKÖ	1,1	1,1	1,1	=	1,1		+	
2.	2.	SZMÜ	1,2	1,1	1,1	↑	1,2		+	
3.	3.	PDOE	1,2	1,2	1,2	↑	1,0		+	
4.	5.	SZWE	1,6	1,6	1,3	↑	1,2		+	
4.	5.	PDWE	1,6	1,6	1,3	↑	1,0		+	
5.	4.	PDBE	1,5	1,5	1,5	=	1,0		+	
6.	5.	KHBE	1,4	1,6	1,6	↓	k.B.			
7.	6.	RKWE	1,8	1,8	1,7	↑	k.B.			

Qualität im DwB 2015, KFK, 10.09.2015, SMG, Andreas Dietel

Seite 16 von 21

Herzlichen Glückwunsch!



Die **SZKÖ**, **SZFR** und **SZMÜ** haben in 2015 ihr Zertifikat nach **Diakonie-Siegel Pflege**, die **RKTR** erfolgreich nach **KTQ** bestätigt.

Qualität im DwB 2015, KFK, 10.09.2015, SMG, Andreas Dietel

Seite 17 von 21

Wie geht es weiter?



- Bericht ‚**Begutachtung zur Systemförderung**‘ - Prüfung der Stärken und Verbesserungspotentiale durch **alle** UB
- **Schwerpunkt 2016: Effizienzsteigerung** der Dokumentation (Diskurs beobachten, verfolgen)
 - Nach „Grundsanierung“ von MCC – wie kann MCC weiterentwickelt und der **Dokumentationsaufwand** reduziert werden (bspw. **Kurzzeitlieger** – Kopieren der alten Daten in den neuen Vorgang möglich? / Aspekte der **SIS** integrieren)
- **Schwerpunkt 2016 - Diakonisches Profil**

Wie geht es weiter?



- **Schwerpunkt 2016 - Umgang mit Ergebnissen** der anonymen Mitarbeiterbefragungen
- Umgang „**Fehler des Monats**“
- Ausbildungsstätten → **NES**
- **Projekt der PD** → Einführung eines neuen **Dienst- und Tourenplanungssystems**



NETZWERK FÜR MENSCHEN
DAKONIEWERK BETHEL

Unser Dank gilt wie immer auch allen
Mitarbeitern in Ihren Betrieben

Qualität im DwB 2015, KFK, 10.09.2015, SMG, Andreas Dietel

Seite 20 von 21



Glaube
und Liebe –
Hoffnung für
Menschen



NETZWERK FÜR MENSCHEN
DAKONIEWERK BETHEL

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

Stand: 13.04.2015

UB/AF	Noten durch die IR in Medizin und Pflege	Benotung durch den MDK
	2012 / 2013 / 2014 / 2015	2013 / 2014 / 2015
SZOE	1,0 =	1,1 ↓
SZWI	1,1 ↓	1,0 =
SZFR	1,1 ↑	1,1 ↑
SZTR	1,1 =	1,2 ↓
SZKÖ	1,1 ↑	1,1 ↓
RKTR	1,1 =	k.B.
SZMÜ	1,1 ↑	1,2 ↓
KHBE	1,6 ↓	k.B.
PDOE	1,2 ↑	1,0 ↑
PDBE	1,5 ↑	1,0 ↑
SZWE	1,3 ↑	1,2 ↓
PDWE	1,3 ↑	1,0 ↑
RKWE	1,8 ↓	k.B.

Legende:

k.B. - Keine Benotung durch MDK vorgesehen

Farbskala der DwB-Schulnotenbewertung

Anhang 4 – Ergebnisse der Mitarbeiter- und Bewohner- / Patientenbefragungen im Verlauf 2013 – 2015

	2013		2014		2015	
	Befragungsart MA-Zufriedenheit	Befragungsart BW / Pat.-Zufriedenheit	Befragungsart MA-Zufriedenheit	Befragungsart BW / Pat.-Zufriedenheit	Befragungsart MA-Zufriedenheit	Befragungsart BW / Pat.-Zufriedenheit
SZKÖ	2,0	1,8	2,2	1,9	2,0	2,0
SZFR	2,2	1,9	2,0	1,9	2,0	1,9
KHBE	2,6	1,7	2,8	1,8	2,8	1,8
PDBE	2,0	1,8	2,2	1,8	2,1	1,9
SZOE	2,3	1,8	2,3	1,9	2,5	1,9
PDOE	1,6	1,8	2,0	1,7	1,7	1,7
SZWI	2,0	2,0	2,0	2,0	2,8	2,0
RKWE	2,4	2,0	2,2	2,0	2,1	1,9
SZWE	2,4	2,0	2,3	2,1	2,2	1,9
PDWE	1,9	1,8	1,7	1,8	2,2	1,9
RKTR	2,2	1,7	1,9	1,7	1,8	2,0
SZTR	2,2	2,2	1,8	1,9	1,9	1,9
SZMÜ	2,1	2,0	1,8	2,0	2,1	2,2
SHG						

Legende:

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