

**Scheve Management**  
**Referat Produkte**

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

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

**Qualitätsbericht 2012**

Andreas Dietel



**NETZWERK FÜR MENSCHEN  
DIAKONIEWERK BETHEL**

# Inhalt

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

4.3.3	<i>Sicherheit</i> .....	24
	Arbeitsschutz / Brandschutz / Wartungs- und Kontrollsystem / Gebäude- und Geländesicherheit .....	24
4.3.4	<i>Leitbilder, Konzepte und Versorgung</i> .....	25
	Leitbilder .....	25
	Konzepte.....	26
4.3.5	<i>Erstkontakt, Erstgespräch, Aufnahme</i> .....	26
	Versorgung und Integration der Patienten / Bewohner .....	28
	Überprüfung / Präsentation / Zielerreichung .....	30
	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	Rezertifizierung 2012 / 2013 .....	39
4.7	Ergebnisse der Zertifizierungsaudits nach DSP.....	40
4.8	Zentrale Projekte zur Konzernentwicklung 2012.....	41
4.9	Schwerpunktt Themen 2012 – Ergebnisse .....	42
4.10	Schwerpunktt Thema 2013 .....	43
4.11	Die Prüfergebnisse nach Schulnoten 2010 bis 2012 in der Synopse .....	45
<b>5</b>	<b>Managementbewertungen 2011 der Einrichtungen im Überblick</b> .....	<b>46</b>
5.1	Patienten / Bewohnerorientierung.....	46
	5.1.1 <i>Kennzahlen der Patienten- / Bewohnerorientierung</i> .....	46
	Hohe Kapazitätsauslastung .....	46
	Kontrollierte Fallschwere.....	46
	Komplette Personalbedarfsdeckung .....	47
	5.1.2 <i>Patienten- / Bewohnerbefragung</i> .....	48
	5.1.3 <i>Visitenergebnisse</i> .....	50

Durchführung Pflegevisiten.....	50
Verbesserungspotenziale Integrations- und Pflegevisiten .....	51
Audits nach Nationalen Expertenstandards .....	52
Fokussierte Visiten.....	52
5.1.4 <i>Erstkontakt / Erstgespräch / Aufnahmen</i> .....	53
5.1.5 <i>Pflegeaufwendige Patienten- / Bewohnergruppen zum Stichtag 31. Dezember</i> .....	53
<i>Pflegeaufwendige Patienten- / Bewohnergruppen zum Stichtag</i> .....	54
5.2 Mitarbeiterorientierung .....	55
5.2.1 <i>Kennzahlen der Mitarbeiterorientierung</i> .....	55
5.2.2 <i>Mitarbeitergespräche</i> .....	56
5.3 Sicherheit.....	57
5.3.1 <i>Arbeitsschutz</i> .....	57
5.3.2 <i>Hygiene</i> .....	58
5.3.3 <i>Lieferantenbewertung</i> .....	58
5.4 Qualitätsmanagement.....	59
5.4.1 <i>Fehlermanagement</i> .....	59
5.4.2 <i>Beschwerdemanagement</i> .....	60
<b>6 Zusammenfassung</b> .....	<b>61</b>
<b>7 Ausblick</b> .....	<b>67</b>
<b>Anhang</b> .....	<b>68</b>

## 1 Einleitung

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

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

Im zehnten Jahr der Internen Revision in Medizin und Pflege wird nicht nur ein zusammenfassender Qualitätsbericht für die Arbeitsfelder (AF) und Unternehmensbeteiligungen (UB) des Diakoniewerkes Bethel (DwB) vorgelegt, sondern erstmals auch ein Benchmark durch die Gegenüberstellung aller Managementbewertungen ermöglicht (siehe auch Qualitätsberichte 2003 - 2011).

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

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

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

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

## 2 Prüfungsgrundlagen

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

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

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

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

Grundlagen für die diakoniespezifischen Kriterien sind:

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

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

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

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

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

### 3 Prüfungsdurchführung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 4 Prüfungsergebnisse im Überblick

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

### Farbkodierungen:

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

### 4.1 Bauliches, Wohnliches, Orientierung<sup>1</sup>

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

#### 4.1.1 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.

<sup>1</sup> 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	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja

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

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

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

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

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

### 4.1.3 Ausstattung für gerontopsychiatrische Bewohner (Seniorenzentren)

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

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

	Bewegungs- / Aufenthaltsmöglichkeiten	Milieugestaltung	Angemessene Beleuchtung	Individuelle Orientierungshilfen
SZKÖ	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
SZFR	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
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** / Informations tafeln etc.
- **Veranstaltungsübersicht**

	Gestaltung der Gemeinschaftsräume	Gestaltung der Außenbereiche	Erscheinungsbild der Flure etc.	Veranstaltungsübersicht
<b>SZKÖ</b>	2+	2+	2+	2+
<b>SZFR</b>	2	1	2+	2+
<b>SZOE</b>	1-	2-	1-	1-
<b>SZWI</b>	1	1	1	2
<b>SZWE</b>	1	1-	1	1
<b>SZTR</b>	1-	1	1-	1
<b>SZMÜ</b>	1-	1	1-	1-

<b>KHBE</b>	k.B.	k.B.	2+	2
<b>RKWE</b>	2+	2	1	2+
<b>RKTR</b>	1	1	1	2+

<b>PDFR</b>	1	1	1	1
<b>PDLI</b>	1	3+	2	1
<b>PDOE</b>	1	2	1	1
<b>PDWE</b>	2+	1	2+	1-

#### 4.1.5 Bewertung des Umfeldes der Inaugenschein genommenen Bewohner / Patienten

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

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

Die Bewertung erfolgt nach Schulnoten.

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

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

PDFR	t.n.z.	t.n.z.
PDLI	t.n.z.	t.n.z.
PDOE	t.n.z.	1
PDWE	t.n.z.	2

#### 4.2 Ordnung, Sauberkeit, Hygiene

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

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

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

- **Verkehrsflächen** - Fußböden („runde Ecken“, Staub, 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	2+	1	2+	1	1
SZFR	1	1	1	1	2+	1	1
SZOE	1	1	1	1	1-	1	1-
SZWI	2+	2+	1	1	1	1	1-
SZWE	1	1	1	1	1	1	1
SZTR	1	1	1-	1	1	1	1
SZMÜ	1-	1-	1-	1-	2+	1-	1-

KHBE	1	1	1	2+	k.B.	k.B.	1
RKWE	1	1	1	1	1	2+	1-
RKTR	1	1	1	1	1	1	1

PDFR	1	1	1	1	1	1	1
PDLI	2+	1	2+	1	1-	1	1-
PDOE	1	1	1	1	1	1	1
PDWE	2+	2+	2+	1	2+	2	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.

- **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	VP	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja

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

PDFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDLI	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDWE	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja

### 4.2.3 Gesamteindruck der Hygiene

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

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

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

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

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

## 4.3 Konzepte, Standards, Management

### 4.3.1 Führungsprozesse

#### Diakonisches Profil

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

**Grundsätzlich** sind in allen Einrichtungen folgende Aspekte vorhanden:

- **Das Seelsorgeleitbild** ist vorhanden.
- Die Seelsorge wird von **Seelsorgern** vermittelt.

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

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

PDFR	ja	ja	ja						
PDLI	ja	ja	ja						
PDOE	ja	ja	ja						
PDWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	nein	ja

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

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

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

	Bedürfnisse Pat. / BW	Diakonische Angebote	Seelsorge- rische Betreuung / Zuwendung etc.	Evaluation
SZKÖ	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja

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

PDFR	ja	ja	k.B.	ja
PDLI	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 / des AF dienen, werden angeboten bzw. die Mitarbeiter für die Teilnahme freigestellt.
- **Seelsorgeangebote** für Mitarbeiter, insbesondere auch für Menschen in persönlichen Krisensituationen, werden am ‚schwarzen Brett‘ veröffentlicht.
- Um **Abschied** nehmen zu können, wird die Teilnahme von Mitarbeitern an Aussegnungen und Beerdigungen **ermöglicht**.

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

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

PDFR	ja								
PDLI	ja								
PDOE	ja								
PDWE	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
<b>SZKÖ</b>	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
<b>SZFR</b>	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
<b>SZOE</b>	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
<b>SZWI</b>	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
<b>SZWE</b>	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
<b>SZTR</b>	ja	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.
<b>SZMÜ</b>	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.	k.B.

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

<b>PDFR</b>	ja	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.
<b>PDLI</b>	ja	ja	ja	ja	ja	ja	VP
<b>PDOE</b>	ja	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.
<b>PDWE</b>	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	nein	ja
SZTR	ja	ja	ja	VP	ja	ja	VP	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	VP

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

PDFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	VP	ja
PDLI	ja	VP						
PDOE	ja							
PDWE	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	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	VP	ja	nein
SZTR	ja	ja	ja	nein
SZMÜ	ja	VP	ja	ja

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

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

### Mitarbeitergespräche / Teamentwicklung / Ausbildung

Folgende Kriterien werden geprüft:

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

	Mitarbeitergespräche	Maßnahmen der Teamentwicklung	Strukturierte Ausbildung	Systematische Begleitung der Auszubildenden
SZKÖ	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	VP	ja	VP
SZWI	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	VP

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

PDFR	ja	ja	ja	ja
PDLI	ja	ja	ja	ja
PDOE	ja	ja	ja	ja
PDWE	ja	ja	k.B.	k.B.

### Fort- und Weiterbildungsmanagement / Literatur

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

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

### 4.3.2 Qualitätsmanagement

#### Struktur des Qualitätsmanagements

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

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

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

PDFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDLI	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
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	VP
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	VP	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja

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

PDFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDLI	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	VP
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	VP	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja

KHBE	ja							
RKWE	ja							
RKTR	ja							

PDFR	ja							
PDLI	ja							
PDOE	ja							
PDWE	ja	ja	ja	ja	VP	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

PDFR	ja	ja	ja
PDLI	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	ja	ja
SZTR	VP	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja

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

PDFR	ja	ja	ja	ja
PDLI	ja	ja	ja	ja
PDOE	ja	ja	ja	ja
PDWE	ja	k.B.	ja	VP

### 4.3.5 Erstkontakt, Erstgespräch, Aufnahme

- **1. Verantwortlichkeiten** sind in allen Berufsgruppen geregelt.
- **2. Checkliste** für den Erstkontakt für Mitarbeiter am Abend, an Wochenenden und Feiertagen ist vorhanden.
- **3. Durch Vorabinformationen** (Erstgespräch, Fax durch Einweiser / Sozialdienste einweisender Institutionen) werden die für alle Berufsgruppen relevanten

ten Informationen systematisch gesammelt und dokumentiert. Die Weiterleitung der Informationen an die Berufsgruppen wird vor der Aufnahme sichergestellt.

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

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

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

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

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

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

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

### Versorgung und Integration der Patienten / Bewohner

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

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

	Pflegedienst			Hauswirtschaft			Soz.Betreuung / Soz.Dienst		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
SZKÖ	ja	ja	ja	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	VP	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	VP	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	VP	ja	ja	VP	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja

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

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

	Arztdienst			Therapeutischer Dienst			Technischer Dienst		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
<b>SZKÖ</b>	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
<b>SZFR</b>	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
<b>SZOE</b>	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
<b>SZWI</b>	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
<b>SZWE</b>	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
<b>SZTR</b>	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
<b>SZMÜ</b>	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.

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

<b>PDFR</b>	t.n.z.								
<b>PDLI</b>	t.n.z.								
<b>PDOE</b>	t.n.z.								
<b>PDWE</b>	t.n.z.								

## Überprüfung / Präsentation / Zielerreichung

Insgesamt wird das Versorgungsergebnis überprüft:

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

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

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

PDFR	ja	ja	ja	ja	ja
PDLI	ja	ja	ja	ja	ja
PDOE	ja	ja	ja	ja	ja
PDWE	ja	ja	ja	nein	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)?
<b>SZKÖ</b>	nein	Keine.
<b>SZFR</b>	nein	Keine.
<b>SZOE</b>	nein	Keine.
<b>SZWI</b>	ja	Niederschwelliges Angebot: Demenzkafee / Beschützer Bereich für demenziell veränderte Bewohner
<b>SZWE</b>	ja	Keine Zusatzleistung nach SGB XI: Beschützer Bereich für Bewohner mit gerontopsychiatrischem Hintergrund
<b>SZTR</b>	nein	Keine.
<b>SZMÜ</b>	ja	Beschützer Wohnbereich demenziell veränderte Bewohner
<b>KHBE</b>	ja	Perioperative Schmerztherapie, Endoskopie, Endoprothetik
<b>RKWE</b>	ja	Geriatrische Rehabilitation, ambulante Angebote der Physio- und Ergotherapie
<b>RKTR</b>	ja	Geriatrische Rehabilitation, ambulante Angebote der Kinderlogo- und -ergotherapie
<b>PDFR</b>	nein	Keinen.
<b>PDLI</b>	ja	Niederschwelliges Angebot: Projekt Haltestelle
<b>PDOE</b>	nein	Keinen.
<b>PDWE</b>	ja	Niederschwellige Betreuungsangebote nach § 45c SGB XI: Demenzgruppen

### 4.3.6 Standards und Leitlinien

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

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

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

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

## Pflegerischer Bereich

Folgende Kriterien werden überprüft:

- **Vollständigkeit** der Nationalen Expertenstandards (**NES**).
- Einrichtungsindividuell erstellte **Pflegestandards** zur Behandlungspflege.
- Evaluation der Pflegestandards durch regelmäßige **Pflegevisiten**.
- **Integrationsvisiten** werden bei allen neuen Bewohnern 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	VP	ja	ja	ja
SZOE	VP	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	VP	ja	ja	VP	ja	ja
SZTR	VP	ja	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	VP	ja	ja	ja	k.B.	k.B.

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

PDFR	ja	ja	VP	ja	ja	ja
PDLI	ja	ja	VP	ja	ja	ja
PDOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDWE	ja	ja	VP	ja	ja	ja

## 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	ja	ja	ja
SZMÜ	VP	ja	ja
KHBE	ja	ja	VP
RKWE	k.B.	k.B.	VP
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	ja	ja	ja

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

## Geregeltes Notfallmanagement

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

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

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

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

PDFR	ja	ja	ja	k.B.
PDLI	ja	ja	ja	ja
PDOE	ja	ja	ja	k.B.
PDWE	ja	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
<b>SZKÖ</b>	1-	2+
<b>SZFR</b>	1-	1-
<b>SZOE</b>	1	1-
<b>SZWI</b>	1	1-
<b>SZWE</b>	1	1+
<b>SZTR</b>	1-	1
<b>SZMÜ</b>	1-	2

<b>KHBE</b>	1-	2+
<b>RKWE</b>	1-	1-
<b>RKTR</b>	1-	1-

<b>PDFR</b>	1	2+
<b>PDLI</b>	2+	2+
<b>PDOE</b>	1-	1-
<b>PDWE</b>	1	1

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

### **4.5.1 Vollständigkeit**

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

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

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

Krankenhäuser zusätzlich:

20. Ärztliches Verlaufsblatt
21. Therapeutisches Verlaufsblatt
22. Befunddokumentation

	Direkte Pflege / Gesamtbewertung Auditoren
<b>SZKÖ</b>	2+
<b>SZFR</b>	1
<b>SZOE</b>	1
<b>SZWI</b>	2+
<b>SZWE</b>	2-
<b>SZTR</b>	2-
<b>SZMÜ</b>	2+
<b>KHBE</b>	1
<b>RKWE</b>	2
<b>RKTR</b>	1-
<b>PDFR</b>	2+
<b>PDLI</b>	2+
<b>PDOE</b>	2
<b>PDWE</b>	2+

#### 4.5.2 Formale und inhaltliche Führung der medizinischen Dokumentation

Die Überprüfung der Pflegedokumentation konzentriert sich auf die **Darstellung des Pflegeprozesses** in der Pflegeplanung und im –bericht sowie alle ergänzenden Bestandteile. Vor allem die Entwicklung eines Bewohners / Patienten von der Aufnahme bis zum Prüfungszeitpunkt muss sich anhand der Pflegeplanung und seiner Aus- und Neubewertungen nachvollziehen lassen. Alle Ereignisse, Befindlichkeiten und Besonderheiten inklusive zugehöriger Maßnahmen und Überprüfungsintervalle wurden

von den zuständigen Pflegefachkräften vorgetragen und mussten aus der Dokumentation hervorgehen (siehe Revisionsberichte, Kapitel 4.3). Die Bewertung dieses Kriteriums erfolgte mittels Schulnoten.

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

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

<b>KHBE</b>	1	1-
<b>RKWE</b>	2+	4+
<b>RKTR</b>	1-	1-

<b>PDFR</b>	2-	1
<b>PDLI</b>	2+	1-
<b>PDOE</b>	1	1
<b>PDWE</b>	2+	2

#### 4.6 Rezertifizierung 2012 / 2013

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

Für alle Seniorenzentren und Pflegedienste begann 2010 der zweite Rezertifizierungszyklus nach dem bewährten Verfahren der ‚Matrixzertifizierung‘. 2012 bestätigten die Seniorenzentren SZKÖ und SZFR sowie die Pflegedienste PDFR, PDOE und PDWE die Zertifizierung nach DSP. Das Krankenhaus KHBE und die RKTR bestan-

den die Visitation nach KTQ erfolgreich. Darüber hinaus erbrachte das Audit des Akutschmerdienstes des KHBE das erwünschte Ergebnis.

Während der Ergebnisbericht der KTQ-Visitoren des KHBE zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichtes noch nicht vorlag, kann sich die RKTR auf sehr gute Bewertungen beziehen: Die Anforderungen aus dem **Kriterienkatalog der KTQ Rehabilitation Version 1.1** wurden für den **KTQ®**-Bereich mit **71%** bzw. 1044 Punkten erfüllt.

Alle Ergebnisse zur Rezertifizierung nach DSP sind im **2. Bericht zur Systemförderung 2012**<sup>2</sup> nachzulesen. Der Bericht wurde im Internet veröffentlicht<sup>2</sup>.

Fakultativ für alle Einrichtungen ist die Zertifizierung nach DIN-EN-ISO 9001:2008. Die Seniorenzentren SZOE, SZTR und SZMU sowie der PDOE haben sie auch 2012 wieder erfolgreich durchlaufen.

Die nächsten Termine der Rezertifizierung nach DSP für 2013 werden mit allen Beteiligten vereinbart und betreffen die Scheve Management, die Seniorenzentren SZWI, SZWE sowie die Pflegedienste PDLI, und PDWE. Nach KTQ wird die RKWE rezertifiziert.

#### **4.7 Ergebnisse der Zertifizierungsaudits nach DSP**

Mit der diesjährigen ‚Systemförderung‘ der oben genannten Unternehmensbeteiligungen wurde die zweite Runde der Rezertifizierungen komplettiert. 2013 beginnt ein dritter Zyklus, der 2015 vollständig durchlaufen sein wird.

Die Auditoren von proCum Cert haben im DwB einrichtungsübergreifend folgende Stärken festgestellt (**vgl. Bericht zur Systemförderung, 2012: 4**):

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

<sup>2</sup> [www.bethelnet.de/index2.php?site=qualitaetsentwicklung\\_qualitaetsberichte](http://www.bethelnet.de/index2.php?site=qualitaetsentwicklung_qualitaetsberichte)

- Einheitliches und stabiles **QM-System**.
- Generell sehr gute **Benotungen** durch den **MDK**.

Einrichtungsübergreifende Verbesserungspotenziale lauten wie folgt (**vgl. ebd.: 18**):

- Die Datenschutzregelungen und Unterweisungen sollten überprüft werden.
- In den Einrichtungen sollten zur Übersicht und Überprüfung des Nutzens die Methoden der Ermittlung der Bewohner- / Patientenzufriedenheit aufgelistet werden.
- Zur Optimierung der QM-Dokumentation sollten die Verfahren und Formulare auf ihren Nutzen überprüft und ggf. zusammengefasst werden.
- Die Vielzahl der Visiten, Begehungen und Audits sollte auf Gleichheit der Kontrollen (bzw. inhaltlichen Überschneidungen) (...) überprüft und ggf. zusammengefügt werden.
- Speziell in der ambulanten Pflege sollte die Pflegedokumentation auf die Möglichkeiten der Ablaufplanung überprüft werden.

Darüber hinaus empfehlen die externen Auditoren, das **Internet** für Stellensuchende interessanter und aussagekräftiger zu gestalten.

Insbesondere die **Pflegedienste** sollten die Bemühungen um Auszubildende verstärken. Insbesondere zu Beginn der Ausbildung sollten sie sich während der Einführungstage präsentieren, um Vorurteilen gegen Pflegedienste entgegenwirken zu können.

Weitere Stärken und Verbesserungspotenziale, die in den zertifizierten Einrichtungen festgestellt wurden, müssen bethelweit beachtet und umgesetzt werden. Zu diesem Zweck ging der Bericht allen Unternehmensbeteiligten zu.

#### **4.8 Zentrale Projekte zur Konzernentwicklung 2012**

2012 wurde ein zentrales Projekte zur Konzernentwicklung auf den Weg gebracht, dass alle Einrichtungen im DwB bis 2014 beschäftigen wird: MCC, das elektronische Dokumentationssystem, wird in einem ersten Teilschritt modernisiert, in einem weiteren werden Sollkonzepte für alle Geschäftsfelder entwickelt (Krankenhaus, Reha-Kliniken und Seniorenzentren) und im letzten Teilschritt umgesetzt.

Bei einem weiteren zentralen Projekt aus dem Jahr 2010 – die Entwicklung eines gemeinsamen bethelweiten Pflegevisitenkatalogs - wurden 2011 Verbesserungspotentiale im Umgang mit dem Katalog und der Datenauswertung deutlich, so dass im November 2011 ein Nachbereitungstag zum konzerneinheitlichen Pflegevisitenkatalog durchgeführt wurde.

Die unterschiedlichen Auffassungen bezüglich der Planung, Durchführung und Auswertung gewonnener Daten rund um die Pflegevisiten des Jahres 2011 spiegeln sich heterogenen in den Managementbewertungen der Einrichtungen wider (**siehe unten, Kapitel 5.1.3 Pflegevisiten**).

#### **4.9 Schwerpunktthemen 2012 – Ergebnisse**

Folgende Prüfungsschwerpunkte wurden während der Internen Revisionen thematisiert:

- **Fehlermanagement / Vorbeugemanagement** – Gab es 2011 noch Verbesserungspotential, weil „nicht alle Fehler .. in den Einrichtungen systematisch ausgewertet (werden) oder .. in einen zentralen Maßnahmenplan (einfließen) – wie bspw. Pflegevisiten- oder Hygieneauditergebnisse“, so konnte im Rahmen der Internen Revisionen und Rezertifizierungen 2012 eine deutliche Weiterentwicklung festgestellt werden. Wie die Übersicht in Kapitel 5.4.1 Fehlermanagement zeigt, ist nur im KHBE, abgesehen vom bereits eingeführten CIRS – dem Berichtssystem für Beinahzwischenfälle - die Fehlersammlung und Auswertung noch nicht etabliert, wird dies für 2012 jedoch nachholen.
- Bei der **Umsetzung der Nationalen Expertenstandards (NES)** sind alle Einrichtungen vorangekommen. Zunehmend entsprechen die NES den Bethelkonventionen und werden im Sinne des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung (DNQP) umgesetzt. Dies wird in den meisten Einrichtungen regelmäßig und gemäß der Vorgaben überprüft – aus den Audits abgeleitete Maßnahmen fließen in die zentralen Maßnahmenpläne und die Fortbildungsplanung ein.

Vier Einrichtungen haben diesen Schritt noch vor sich bzw. zwei haben ihn bereits teilweise 2011 umgesetzt. In den Reha-Kliniken müssen die NES gemäß der Intention des DNQP überarbeitet und die Prozessverantwortlichkeit ein-

deutig den Pflegefachkräften zugeordnet werden (vgl. Kapitel 5.3.1 Audits nach Nationalen Expertenstandards).

- Die **prospektive Festlegung von Dokumentationsintervallen** in der Pflegeplanung, die sich nach der Dringlichkeit auftretender (Pflege-) Phänomene (stabil bzw. chronisch / instabil bzw. akut) richtet, stellt noch keine Routine für Pflegefachkräfte dar. Häufig werden stattdessen ‚Routineintervalle‘ (vierwöchig, 3-monatlich, halbjährlich) angegeben (vgl. Qualitätsbericht 2010: 43f.). Der Aspekt wurde in einigen Einrichtungen thematisiert und im SZKÖ oder im SZSO umgesetzt. Das Thema bleibt auch 2013 auf der Agenda.
- **Weiterentwicklung von Atoss und C&S:** Bezüglich der Umsetzung der Anforderungen des Diakoniewerks sind die betroffenen Einrichtungen aktiv geworden und haben die Anwendung verbessert. Atoss und C&S konnten optimiert werden. Mittels Atoss lässt sich die Kennzahl der Weiterbildungsquote jedoch immer noch nicht automatisch berechnen. C&S kann den Anforderungen des Tourencontrollings und modernen Datenschutzerfordernungen nicht entsprechen und bleibt 2013 auf der Agenda der betreffenden Pflegedienste.

#### **4.10 Schwerpunktthema 2013**

2013 steht die **Medizinische Dokumentation**, d.h. die Zusammenführung der Dokumentationen aller Beteiligten als Schwerpunktthema im Fokus:

- Das **Nachfolgeprodukt von MCC.Classic** wird in allen Einrichtungen auf Grundlage der Erfahrungen mit der Datenmigration, die 2010 im SZOE gesammelt wurden, **eingeführt**. Sukzessive müssen die Daten in das Nachfolgeprogramm – MCC.NET – integriert und die entsprechenden Module eingeführt werden: **erster Teilschritt** des MCC-Projektes, ‚Migration MCC‘. Das Sollkonzept für das später einzuführende Modul Pflege wird in mehreren Schritten im KHBE, den Reha-Kliniken und den Seniorenzentren entwickelt und Ende 2012 zusammengeführt: **zweiter Teilschritt**, ‚Sollkonzeptentwicklung‘. Mit der Einführung des Moduls Pflege wird das Sollkonzept umgesetzt und die **Medizinische Dokumentation** weiterentwickelt, d.h. die bisher parallel abgelegten Dokumentationen der Ärzte, Pflegekräfte, der Therapeuten, Sozialdienste usw. möglichst umfassend zusammengeführt.

- Gleichzeitig wird im Pflegedienst bethelweit eine gemeinsame **Taxonomie** eingeführt, die auf den Pflegediagnosen der Nordamerikanischen Vereinigung für Pflegediagnosen (NANDA) basiert, jedoch für den deutschen Sprachraum modifiziert wurde<sup>3</sup>: **dritter Teilschritt**, ‚Migration Pflege‘.
- Die Einrichtungen müssen die Einführung des Moduls Pflege auch von sich aus flankieren, indem sie das **Fortbildungsprogramm** auf die elektronische Dokumentation und Fachinhalte (Pflegerdiagnosen, Krankenbeobachtung, Pflegeplanung, Pflegebericht) abstellen.

---

<sup>3</sup> Stefan, Allmer, Eberl et al. (2009): POP – **PraxisOrientierte Pflegerdiagnostik**. Springer.

### 4.11 Die Prüfergebnisse nach Schulnoten 2010 bis 2012 in der Synopse

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

Pos. 2012	Pos. 2011	UB/AF	Vor-Ort-Prüftermine	Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung (PD: nur Orientierung)			Ordnung, Sauberkeit, Hygiene			Konzepte und Standards			Pflegerisches / ärztliches / therapeutisches Management			Ergebnisqualität: (Pflege-)Zustand der BW / Pat.			Ergebnisqualität: Dokumentation			Durchschnitt (Pflegezustand doppelt gewichtet)			
				10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	
1.	1.	SZOE	06.02.2012	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1	1	1	1-2	1 -	1	1,1	1,0	1,0 =		
1.	2.	SZWI	09.02.2012	1 -	1	1	1	1	1	1-2	1 -	1 -	1-2	1 -	1 -	1	1	1	1	1-2	1 -	1,1	1,1	1,0 ↑	
2.	2.	PDFR	26.02.2012	1	1	1	1	1	1	1-2	1 -	1 -	1-2	1 -	1 -	1 -	1 -	1	1 -	1 -	1-2	1,1	1,1	1,1 =	
2.	2.	SZFR	23.02.2012	1-2	1-2	1-2	2	1 -	1 -	1 -	1	1 -	1-2	1 -	1 -	1-2	1 -	1 -	2 +	1-2	1 -	1,6	1,1	1,1 =	
2.	2.	RKTR	19.04.2012	1-2	1	1	1	1-2	1-2	2 -	1-2	1 -	1 -	1 -	1-2	1	1	1 -	1 -	1 -	1,4	1,1	1,1 =		
2.	2.	SZTR	13.01.2012	1	1 -	1	1	1	1	3	1 -	1 -	2-3	1 -	1 -	1 -	1 -	1	2 -	2	1-2	1,6	1,1	1,1 =	
2.	3.	SZKÖ	01.02.2012	1-2	1-2	1-2	1-2	1 -	1 -	2 +	1 -	1 -	1 -	1-2	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1-2	1 -	1,3	1,2	1,1 ↑	
3.	3.	SZMÜ	13.03.2012	2	1 -	1 -	2	1	1 -	2 -	2 +	2 +	2 -	1-2	1-2	2 +	1 -	1 -	2	1 -	1 -	2,0	1,2	1,2 =	
4.	7.	KHBE	22.02.2012	2-3	2 +	1-2	2	1-2	1 -	1-2	1 -	2 +	1-2	1 -	2 +	1	1 -	1 -	2 +	1-2	1	1,6	1,3	1,4 ↓	
4.	4.	PDOE	07.02.2012	1	1	1	1 -	1 -	1-2	3	1-2	1-2	3	1-2	1-2	1-2	1	1	3	2	2 +	2,0	1,3	1,4 ↓	
5.	7.	PDLI	22.5. - 23.5.2012	2	2	1-2	2	2-3	2 +	1-2	2 +	1 -	1 -	1-2	1 -	1-2	1 -	1-2	1 -	2 -	2	2 +	1,6	1,7	1,5 ↑
6.	5.	SZWE	10.01.2012	1	1	1	1	1	1	1 -	2 -	2-3	1-2	1-2	2	1-2	1 -	1	2	2	3	1,4	1,4	1,6 ↓	
6.	7.	PDWE	11.02.2012	3 -	1-2	1	2-3	2 +	2	3-4	3 +	2-3	2-3	2 -	2-3	1 -	1 -	1	2-3	1-2	1-2	2,3	1,7	1,6 ↑	
7.	6.	RKWE	27.-28.03.2012	1 -	1-2	2 +	1-2	1 -	1 -	2 -	1-2	3	3	2 +	3	1-2	1-2	1 -	2 -	1-2	2 +	1,8	1,5	1,8 ↓	

## 5 Managementbewertungen 2011 der Einrichtungen im Überblick

### 5.1 Patienten / Bewohnerorientierung

#### 5.1.1 Kennzahlen der Patienten- / Bewohnerorientierung

##### Hohe Kapazitätsauslastung

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

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

Die Kennzahl wird nicht auf die Pflegedienste angewandt.

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

	1. Quartal: Hohe Kapazitätsauslastung - erbrachte / mögliche Berechnungstage	2. Quartal: Hohe Kapazitätsauslastung - erbrachte / mögliche Berechnungstage	3. Quartal: Hohe Kapazitätsauslastung - erbrachte / mögliche Berechnungstage	4. Quartal: Hohe Kapazitätsauslastung - erbrachte / mögliche Berechnungstage	Gesamt
<b>SZKÖ</b>	94,9%	96,5%	97,0%	96,4%	96,2%
<b>SZFR</b>	99,9%	99,3%	98,8%	99,9%	99,5%
<b>SZOE</b>	89,0%	91,0%	93,8%	91,1%	91,2%
<b>SZWI</b>	94,8%	92,6%	85,1%	84,3%	89,2%
<b>SZWE</b>	95,9%	96,2%	97,5%	100,1%	97,4%
<b>SZTR</b>	82,6%	85,7%	86,3%	86,0%	85,2%
<b>SZMÜ</b>	100,3%	100,4%	101,1%	100,5%	100,6%
<b>KHBE</b>	101,6%	107,3%	105,4%	107,6%	105,5%
<b>RKWE</b>	67,0%	71,7%	81,7%	82,2%	75,7%
<b>RKTR</b>	63,5%	69,1%	60,8%	63,1%	64,1%

##### Kontrollierte Fallschwere

**Beschreibung Krankenhaus:** Die Fallschwere ist ein von der Auslastung unabhängiges Maß für die Intensität, mit der die Kapazitäten genutzt werden. Die Reha-

Kliniken werden bei dieser Kennzahl nicht integriert, da sich dort ohne erheblichen Zusatzaufwand (z.B. Erfassung und gewichtete Verrechnung der Arbeitsstunden der Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten) kein Maß bilden lässt. Für Krankenhäuser gibt der Case-Mix-Index die durchschnittliche Fallschwere einer definierten Patientengruppe wieder.

**Beschreibung Seniorenzentrum / Pflegedienst:** Für Seniorenzentren und Pflegedienste wird ein Maß integriert, bei dem die Leistungsstunden in Verhältnis zu der Zahl der Leistungsempfänger gesetzt werden. So kann verfolgt werden, wie viele Stunden im Intervall durchschnittlich auf einen Empfänger entfallen. Für die Pflegedienste werden die in Leistungskomplexen zusammengefassten Einzelverrichtungen in Personalstunden umgerechnet.

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

	1. Quartal: Kontrollierte Fallschwere, Pflegestufenentwicklung - vereinbarte Leistungsstunden / Anzahl Leistungsempfänger	2. Quartal: Kontrollierte Fallschwere, Pflegestufenentwicklung - vereinbarte Leistungsstunden / Anzahl Leistungsempfänger	3. Quartal: Kontrollierte Fallschwere, Pflegestufenentwicklung - vereinbarte Leistungsstunden / Anzahl Leistungsempfänger	4. Quartal: Kontrollierte Fallschwere, Pflegestufenentwicklung - vereinbarte Leistungsstunden / Anzahl Leistungsempfänger	Gesamt
<b>SZKÖ</b>	59,44	54,88	60,87	56,91	58,03
<b>SZFR</b>	58,73	53,35	62,10	60,80	58,74
<b>SZOE</b>	62,06	55,99	59,26	58,87	59,04
<b>SZWI</b>	58,02	58,69	62,82	58,51	59,51
<b>SZWE</b>	59,13	60,13	73,48	65,93	64,67
<b>SZTR</b>	61,94	56,07	54,68	60,71	58,35
<b>SZMÜ</b>	65,24	65,29	64,92	64,35	64,95

<b>KHBE</b>	1,23 CMI	1,26 CMI	1,28 CMI	1,24 CMI	1,25 CMI
<b>RKWE</b>	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
<b>RKTR</b>	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.

<b>PDFR</b>	16,28	14,23	12,40	13,43	14
<b>PDLI</b>	64,11	60,88	60,82	57,62	61
<b>PDOE</b>	40,04	29,89	31,97	27,73	32
<b>PDWE</b>	20,47	17,99	21,03	17,57	19

### 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
<b>SZKÖ</b>	101,08%	99,88%	100,32%	100,00%	100,32%
<b>SZFR</b>	93,76%	92,55%	99,22%	98,57%	96,02%
<b>SZOE</b>	81,35%	84,71%	83,72%	82,07%	82,96%
<b>SZWI</b>	89,31%	96,06%	100,71%	97,50%	95,90%
<b>SZWE</b>	93,49%	86,01%	98,96%	110,02%	97,12%
<b>SZTR</b>	87,34%	79,13%	77,88%	87,48%	82,96%
<b>SZMÜ</b>	94,96%	94,34%	93,22%	94,29%	94,20%
<b>KHBE</b>	96,61%	96,40%	96,85%	97,66%	96,88%
<b>RKWE</b>	91,26%	86,47%	98,00%	103,50%	94,81%
<b>RKTR</b>	74,80%	82,80%	79,91%	83,78%	80,33%
<b>PDFR</b>	130,10%	98,06%	99,75%	99,12%	106,76%
<b>PDLI</b>	80,86%	84,53%	93,69%	81,61%	85,17%
<b>PDOE</b>	86,23%	93,70%	96,28%	97,09%	93,32%
<b>PDWE</b>	86,11%	85,66%	84,71%	82,76%	84,81%

### 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
<b>SZKÖ</b>	1,7
<b>SZFR</b>	1,9
<b>SZOE</b>	1,9
<b>SZWI</b>	1,6
<b>SZWE</b>	2,0
<b>SZTR</b>	2,0
<b>SZMÜ</b>	1,9

<b>KHBE</b>	2,1
<b>RKWE</b>	1,8
<b>RKTR</b>	1,8

<b>PDFR</b>	1,6
<b>PDLI</b>	1,5
<b>PDOE</b>	1,8
<b>PDWE</b>	1,6

### 5.1.3 Visiteregebnisse

#### Durchführung Pflegevisiten

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

Jeder weitere Bewohner / Patient wird einmal pro Jahr auf Grundlage des Pflegevisitengesamtkataloges visitiert (ambulant: ausschließlich Patienten des SGB XI-Bereiches) - inklusive der Visiten nach MDK-Katalog, die im Rahmen des Diakoniesiegels Pflege durchgeführt werden. Für die Reha-Kliniken werden 10% der Anzahl versorgter Patienten pro Jahr für die Planung der Pflegevisiten zugrunde gelegt, für das KHBE werden zwei Visiten monatlich pro Station geplant und durchgeführt. Weichen Planzahl und 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
<b>SZKÖ</b>	104,08%	93,88%	100,00%	91,84%
<b>SZFR</b>	88,89%	100,00%	93,10%	83,33%
<b>SZOE</b>	97,87%	82,00%	114,58%	109,09%
<b>SZWI</b>	96,55%	100,00%	81,25%	92,31%
<b>SZWE</b>	122,22%	72,73%	77,78%	87,50%
<b>SZTR</b>	82,61%	50,00%	41,67%	17,39%
<b>SZMÜ</b>	95,24%	51,85%	51,85%	86,30%

<b>KHBE</b>	115,70%	94,21%	110,74%	99,17%
<b>RKWE</b>	100,00%	16,67%	16,67%	16,67%
<b>RKTR</b>	100,00%	0,00%	0,00%	10,00%

<b>PDFR</b>	50,00%	123,08%	92,31%	108,33%
<b>PDLI</b>	93,33%	73,33%	70,00%	36,67%
<b>PDOE</b>	100,00%	100,00%	122,22%	33,33%
<b>PDWE</b>	100,00%	100,00%	22,22%	22,22%

## Verbesserungspotenziale Integrations- und Pflegevisiten

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

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

	Integrationsvisite	Pflegevisiten
<b>SZKÖ</b>	VP	VP
<b>SZFR</b>	Gut	Gut
<b>SZOE</b>	VP	Gut
<b>SZWI</b>	VP	VP
<b>SZWE</b>	Gut	Gut
<b>SZTR</b>	Gut	Gut
<b>SZMÜ</b>	k.B.	k.B.

<b>KHBE</b>	t.n.z.	Gut
<b>RKWE</b>	t.n.z.	k.B.
<b>RKTR</b>	t.n.z.	Gut

<b>PDFR</b>	Gut	Gut
<b>PDLI</b>	Gut	VP
<b>PDOE</b>	Gut	Gut
<b>PDWE</b>	Gut	Gut

## Audits nach Nationalen Expertenstandards

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

	1. Audit eines Nationalen Expertenstandards	Umsetzungsgrad Patienten- / Bewohneraudit	Umsetzungsgrad Personalbefragung	2. Audit eines Nationalen Expertenstandards	Umsetzungsgrad Patienten- / Bewohneraudit	Umsetzungsgrad Personalbefragung
<b>SZKÖ</b>	Dekubitusprophylaxe	85%	60%	Sturzprophylaxe	91%	54%
<b>SZFR</b>	Dekubitusprophylaxe	84%	43%	Ernährungsmanagement	90%	40%
<b>SZOE</b>	Schmerzmanagement	48%	45%	Ernährungsmanagement	73%	12%
<b>SZWI</b>	Dekubitusprophylaxe	92%	7%	Kontinenz	84%	12%
<b>SZWE</b>	Kein Audit nach NES in 2011.	0%	0%	Kein Audit nach NES in 2011.	0%	0%
<b>SZTR</b>	Kontinenzförderung	84%	87%	Schmerzmanagement	79%	58%
<b>SZMÜ</b>	Kein Audit nach NES in 2011.	0%	0%	Kein Audit nach NES in 2011.	0%	0%

<b>KHBE</b>	Kein Audit nach NES in 2011.	0%	0%	Kein Audit nach NES in 2011.	0%	0%
<b>RKWE</b>	Kein Audit nach NES in 2011.	0%	0%	Kein Audit nach NES in 2011.	0%	0%
<b>RKTR</b>	Dekubitusprophylaxe	71%	63%	Schmerzmanagement	77%	59%

<b>PDFR</b>	Dekubitusprophylaxe	56%	0%	Sturzmanagement	68%	0%
<b>PDLI</b>	Schmerzmanagement	66%	69%	Harnkontinenz	81%	81%
<b>PDOE</b>	Schmerzmanagement	88%	13%	Ernährungsmanagement	74%	67%
<b>PDWE</b>	Sturzprophylaxe	85%	0%	Schmerzmanagement	87%	0%

## Fokussierte Visiten

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

	1. Fokussierte Visite (Thema)	Umsetzungsgrad in %	2. Fokussierte Visite (Thema)	Umsetzungsgrad in %
<b>SZKÖ</b>	IKM- Versorgung	79%	Bewohnermatratzen	85%
<b>SZFR</b>	Schmerz	89%	Fußpflege	73%
<b>SZOE</b>	Ohrenpflege	98%	Fußpflege	86%
<b>SZWI</b>	Mundgesundheit	100%	Handsauberkeit	88%
<b>SZWE</b>	Kontrakturen	80%	Gelenke	90%
<b>SZTR</b>	Pflegerischer Zustand	97%	Keine Fokussierte Visite in 2011.	0%
<b>SZMÜ</b>	Keine Fokussierte Visite in 2011.	0%	Keine Fokussierte Visite in 2011.	0%

	1. Fokussierte Visite (Thema)	Umsetzungsgrad in %	2. Fokussierte Visite (Thema)	Umsetzungsgrad in %
<b>KHBE</b>	Keine Fokussierte Visite in 2011.	0%	Keine Fokussierte Visite in 2011.	0%
<b>RKWE</b>	Keine Fokussierte Visite in 2011.	0%	Keine Fokussierte Visite in 2011.	0%
<b>RKTR</b>	Keine Fokussierte Visite in 2011.	0%	Keine Fokussierte Visite in 2011.	0%

<b>PDFR</b>	Kontrakturen	90%	Fußpflege	88%
<b>PDLI</b>	Wunddokumentation	55%	k.B.	0%
<b>PDOE</b>	BMI	100%	Bauchnabelsauberkeit	100%
<b>PDWE</b>	Stammbblätter	98%	Keine Fokussierte Visite in 2011.	0%

### 5.1.4 Erstkontakt / Erstgespräch / Aufnahmen

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

	Erstkontakt	Erstgespräche	Aufnahmen
<b>SZKÖ</b>	127	86	51
<b>SZFR</b>	331	91	40
<b>SZOE</b>	394	281	272
<b>SZWI</b>	86	58	63
<b>SZWE</b>	114	106	125
<b>SZTR</b>	0	0	273
<b>SZMÜ</b>	631	188	127

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

<b>PDFR</b>	90	72	72
<b>PDLI</b>	531	212	488
<b>PDOE</b>	131	53	91
<b>PDWE</b>	127	93	93

### 5.1.5 Pflegeaufwendige Patienten- / Bewohnergruppen zum Stichtag 31. Dezember

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

	Wachkoma	Beatmungspflichtiger Bewohner / Patient	Dekubitus	Blasenkatheter	PEG-Sonde	Fixierung	Kontraktur
<b>SZKÖ</b>	0	0	4	7	8	3	25
<b>SZFR</b>	0	0	9	12	3	29	22
<b>SZOE</b>	0	0	5	34	8	46	57
<b>SZWI</b>	0	0	6	0	1	40	17
<b>SZWE</b>	0	0	3	9	0	25	8
<b>SZTR</b>	0	0	0	11	4	9	15
<b>SZMÜ</b>	0	0	5	14	9	30	35

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

<b>PDFR</b>	0	0	0	1	2	2	4
<b>PDLI</b>	0	0	13	20	5	2	3
<b>PDOE</b>	0	0	3	4	0	4	5
<b>PDWE</b>	0	0	4	11	4	0	7

	Vollständige Immobilität	Tracheostoma	MRSA
<b>SZKÖ</b>	8	2	2
<b>SZFR</b>	11	0	2
<b>SZOE</b>	16	0	3
<b>SZWI</b>	14	0	0
<b>SZWE</b>	5	0	0
<b>SZTR</b>	2	0	0
<b>SZMÜ</b>	14	0	1

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

<b>PDFR</b>	5	0	1
<b>PDLI</b>	14	0	4
<b>PDOE</b>	0	0	0
<b>PDWE</b>	0	1	0

### Pflegeaufwendige Patienten- / Bewohnergruppen zum Stichtag

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

- **Niedrige Fehlerquote: Dekubitusinzidenz** – in die konzernweite und quartalsweise ermittelte Kennzahl fließen Bewohner / Patienten ein, die im Verlauf ihres Aufenthaltes in den Einrichtungen Druckgeschwüre, Grad 2, erworben haben.
- In den **weiteren Kriterien** wird die Anzahl der Bewohner / Patienten mit pflegerischen Risiken dargestellt.

- Der **Sturzindex** soll möglichst niedrig sein. Sturzursachen müssen nach Stürzen regelmäßig ermittelt werden. Der Index lässt einen Schluss auf die Wirksamkeit der Sturzprävention in den Einrichtungen zu.

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

	Dekubitusinzidenz	Bewohner / patienten mit Schmerzen	Ernährungsauf- fälligkeiten	Chronische Wunden	Kontinenz- probleme	Sturzindex
<b>SZKÖ</b>	0,01	10	13	7	120	4,45
<b>SZFR</b>	0,01	24	21	4	80	6,94
<b>SZOE</b>	0,00	47	17	11	75	3,65
<b>SZWI</b>	0,00	32	8	2	88	2,26
<b>SZWE</b>	0,01	38	14	3	83	3,91
<b>SZTR</b>	0,00	5	27	2	72	1,77
<b>SZMÜ</b>	0,01	32	28	10	87	1,55
<b>KHBE</b>	0,01	888	0	0	0	8,03
<b>RKWE</b>	0,00	0	0	0	0	9,97
<b>RKTR</b>	0,00	8	4	2	13	8,99
<b>PDFR</b>	0,01	13	9	4	15	t.n.z.
<b>PDLI</b>	0,02	25	0	29	4	t.n.z.
<b>PDOE</b>	0,01	6	3	6	10	t.n.z.
<b>PDWE</b>	0,00	42	26	11	54	t.n.z.

## 5.2 Mitarbeiterorientierung

### 5.2.1 Kennzahlen der Mitarbeiterorientierung

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

- **Ausreichende Weiterbildungsquote:** Weiterbildung stellt eine Investition in das Humankapital dar, die Qualifikationsmängel reduziert. Im Folgenden wird der Begriff gemäß SGB III § 85 Abs. 3 als Bildungsvorgang aufgefasst, der geeignet ist, berufliche Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten zu erhalten,

zu erweitern, der technischen Entwicklung anzupassen oder einen beruflichen Aufstieg zu ermöglichen.

- Die **Mitarbeiterzufriedenheit** wird im Rahmen der jährlichen anonymen Befragung ermittelt. Der **Referenzwert** ist die Schulnote 2,0.
- **Keine unerwünschte Fluktuation:** Ab Einführung eines Mitarbeiters werden Investitionen getätigt, die bei seinem Ausscheiden verloren gehen. Eine hohe Fluktuation hat negative Auswirkungen auf die Kontinuität der Leistungserbringung, die Prozessqualität und die Teamentwicklung. Insbesondere eine hohe Anfangsfluktuation ist ein Zeichen dafür, dass Mitarbeiter mit Strukturen, Führung oder Betriebsklima unzufrieden sind. Der **Referenzwert** beträgt 0%.
- **Wenig Kurzzeiterkrankungen:** Krankheiten sind die häufigste Ursache für Fehlzeiten. Sie haben erhebliche Auswirkungen auf die Produktivität, verursachen Kosten, beeinträchtigen die Wettbewerbsfähigkeit und können Ausdruck der Unzufriedenheit der Mitarbeiter sein. Der **Referenzwert** ist der von der AOK errechnete Wert von 46 Krankheitsfällen auf 100 Mitarbeiter (Stand 2009).
- Der **Fachkräfteanteil** in der stationären Altenpflege ist bundeslandspezifisch festgelegt. Als **Anhaltswert** gelten 50%.

	Ausreichende Weiterbildungquote	Hohe Mitarbeiterzufriedenheit	Keine unerwünschte Fluktuation	Wenig Kurzzeiterkrankungen	Fachkräfteanteil
SZKÖ	1,8%	2,1	0,7%	15,7	52,0%
SZFR	1,5%	2,1	3,7%	7,1	46,0%
SZOE	0,5%	2,1	3,7%	61,6	46,0%
SZWI	1,1%	2,5	4,4%	47,8	57,6%
SZWE	1,1%	2,8	1,3%	94,3	50,4%
SZTR	0,3%	2,8	25,3%	106,5	50,6%
SZMÜ	1,3%	2,6	1,1%	41,2	41,7%
KHBE	0,6%	2,8	2,6%	128,9	82,3%
RKWE	1,4%	2,9	8,3%	97,5	50,0%
RKTR	0,3%	2,4	24,2%	503,1	48,2%
PDFR	1,8%	2,3	5,3%	42,1	63,0%
PDLI	1,1%	1,6	7,5%	40,6	35,0%
PDOE	1,1%	1,4	0,0%	20,6	48,0%
PDWE	1,0%	1,6	5,4%	23,0	68,9%

## 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
<b>SZKÖ</b>	94,29
<b>SZFR</b>	69,35
<b>SZOE</b>	64,63
<b>SZWI</b>	100,00
<b>SZWE</b>	90,48
<b>SZTR</b>	57,14
<b>SZMÜ</b>	100,00

<b>KHBE</b>	54,81
<b>RKWE</b>	65,00
<b>RKTR</b>	57,14

<b>PDFR</b>	75,00
<b>PDLI</b>	84,31
<b>PDOE</b>	75,00
<b>PDWE</b>	81,40

## 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
<b>SZKÖ</b>	6
<b>SZFR</b>	16
<b>SZOE</b>	7
<b>SZWI</b>	1
<b>SZWE</b>	14
<b>SZTR</b>	12
<b>SZMÜ</b>	2

<b>KHBE</b>	15
<b>RKWE</b>	9
<b>RKTR</b>	11

<b>PDFR</b>	11
<b>PDLI</b>	2
<b>PDOE</b>	0
<b>PDWE</b>	3

### 5.3.2 Hygiene

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

	Anzahl der Hygieneaudits
<b>SZKÖ</b>	2
<b>SZFR</b>	8
<b>SZOE</b>	4
<b>SZWI</b>	2
<b>SZWE</b>	21
<b>SZTR</b>	4
<b>SZMÜ</b>	7

<b>KHBE</b>	36
<b>RKWE</b>	13
<b>RKTR</b>	3

<b>PDFR</b>	1
<b>PDLI</b>	0
<b>PDOE</b>	4
<b>PDWE</b>	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
<b>SZKÖ</b>	1,0
<b>SZFR</b>	2,0
<b>SZOE</b>	2,0
<b>SZWI</b>	2,0
<b>SZWE</b>	1,2
<b>SZTR</b>	2,0
<b>SZMÜ</b>	2,0

<b>KHBE</b>	1,0
<b>RKWE</b>	1,0
<b>RKTR</b>	2,0

<b>PDFR</b>	2,0
<b>PDLI</b>	1,0
<b>PDOE</b>	2,0
<b>PDWE</b>	1,0

## 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
<b>SZKÖ</b>	74	59	15
<b>SZFR</b>	96	87	9
<b>SZOE</b>	8	8	0
<b>SZWI</b>	20	20	0
<b>SZWE</b>	25	22	3
<b>SZTR</b>	48	40	8
<b>SZMÜ</b>	1045	186	859

<b>KHBE</b>	0	0	0
<b>RKWE</b>	22	8	14
<b>RKTR</b>	58	0	0

<b>PDFR</b>	29	29	0
<b>PDLI</b>	30	30	0
<b>PDOE</b>	23	23	0
<b>PDWE</b>	19	14	5

### 5.4.2 Beschwerdemanagement

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

	Anzahl der Beschwerden
<b>SZKÖ</b>	69
<b>SZFR</b>	12
<b>SZOE</b>	40
<b>SZWI</b>	27
<b>SZWE</b>	8
<b>SZTR</b>	8
<b>SZMÜ</b>	18

<b>KHBE</b>	52
<b>RKWE</b>	8
<b>RKTR</b>	29

<b>PDFR</b>	27
<b>PDLI</b>	56
<b>PDOE</b>	4
<b>PDWE</b>	24

## 6 Zusammenfassung

2003 wurden die Internen Revisionen in Medizin und Pflege (IR) eingeführt und jährlich wiederholt. Seit dem lässt sich eine kontinuierliche Verbesserung in den Bewertungen der Einrichtungen mittels Schulnotensystem beobachten. Durch erfolgreiche Zertifizierungen nach ‚Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen‘ (KTQ) und dem ‚Diakonie-Siegel Pflege‘ (DSP) seit 2006 beweisen die Bethel-Einrichtungen, dass ihre Qualitätsmanagementsysteme den Anforderungen einer Zertifizierung gewachsen sind. 2013 wird der dritte Wiederholungszyklus nach DSP beginnen.

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

In der Übersicht der Prüfergebnisse nach Schulnoten 2010 bis 2012 (**siehe Kapitel 4.11**) ist erkennbar, dass sich die ersten acht Einrichtungen auf hohem Niveau stabilisiert haben. In der Gruppe der letzten sechs finden graduelle Veränderungen gegenüber den Vorjahren – im Positiven wie im Negativen – statt.

Die **RKWE** und der **PDFR** sind Beispiele, dass im Rahmen der Internen Revision in Medizin und Pflege nicht alle wichtigen Aspekte abgebildet werden können:

- Die RKWE blickt 2011 auf ein wirtschaftlich erfolgreiches Jahr, musste aber, weil alle Ressourcen hierauf gerichtet waren, Aspekte der Qualität vernachlässigen.
- Der PDFR kann auf seit Jahren qualitativ hochwertige Strukturen, Prozesse und Ergebnisse verweisen, muss sich aber um wirtschaftliche Konsolidierung bemühen.

Nach **DSP** wurden in 2012 die Seniorenzentren SZFR und SZKÖ sowie die drei Pflegedienste PDFR, PDOE und PDWE, nach **KTQ** das KHBE und die RKTR **rezertifiziert**.

Nachdem 2011 die erstmals einheitlich erstellten Managementbewertungen bethelweit noch häufig lückenhaft waren wurden 2012 überwiegend vollständige Bewertungen erstellt. Nur vereinzelt wurden Daten noch nicht erhoben (**Kapitel 5, bspw. 5.1.3 Visitenergebnisse**).

Darüber hinaus gibt es weitere Verbesserungspotentiale bezüglich der Bewertungen der Ergebnisse oder bei deren Darstellung. Die Verantwortlichen müssen ggf. die Unterlagen der zentralen Verfahrensanweisung zur Managementbewertung (hier: insbesondere die Anlage 2 zur Managementbewertung) mit ihrem Vorgehen abgleichen.

Nicht alle während des Projektes zur Managementbewertung festgelegten Datensammlungen erscheinen sinnvoll. Die Reha-Kliniken und das KHBE könnten beispielsweise im Kapitel 5.1.5 zur Darstellung Pflegeaufwendiger Patienten- / Bewohnergruppen zum Stichtag 12/2010 auf Routinedaten zurückgreifen, die im Rahmen der externen Qualitätssicherung regelmäßig (hier: KHBE, AQUA-Institut) oder in festgelegten Zeitintervallen (hier: RK, KODAS, 2. Quartal) erhoben werden.

Ein weiterer Vorteil für die RK und das KHBE bestünde darin, die Vergleiche mit anderen Kliniken, die im Zuge dieser Datenerhebungen erstellt werden, heranziehen und aus ihnen Ziele und Maßnahmen für das kommende Jahr ableiten zu können.

Weitere Aspekte der Managementbewertungen, wie der Sturzindex oder die Dekubitusinzidenz, sollten verstärkt im Rahmen von Studienergebnissen oder der Teilnahmen an der jährlich durchgeführten bundesweiten Prävalenzstudie ins Verhältnis gesetzt werden.

Zur Kategorie ‚**Bauliches, Wohnliches, Orientierung**‘ kann gegenüber 2011 dasselbe festgestellt werden: eine ständige Verbesserung ist zu beobachten denn das Instandhaltungsmanagement wird in vielen Einrichtungen systematisch betrieben. Standardmöbel werden renoviert (SZOE), Wände regelmäßig gestrichen (SZLI, SZMÜ, SZKÖ etc.), Gemeinschaftszimmer wohnlicher gestaltet (z.B. tapeziert, neu ausgestattet), Bilder werden auf die Farben der Wohnbereiche abgestimmt (z.B. SZFR, SZKÖ, SZOE, SZMÜ) und Fußböden werden erneuert (RKTR, SZWI).

Verbesserungspotential gibt es vor allem beim PDLI, denn das Umfeld (Ausblick aus den Fenstern und Balkonen) erscheint ‚abgelebt‘ und renovierungsbedürftig (**vgl. Kap. 4.1**).

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

Die privaten Möbelstücke der Bewohner sollten in die Reinigungsplan integriert werden. Hygienevisiten müssen – wie alle anderen Audits auch – geplant und regelmäßig durchgeführt werden.

Bei den Pflegediensten gibt es bezüglich der Verpflichtung, die Dienstkleidung mit 60° waschen zu müssen, unterschiedliche Lösungen: Der PDOE stellt die Kleidung, die Mitarbeiter waschen diese selbstständig, der PDWE zahlt allen Mitarbeitern ein monatliches Waschgeld, die Kleidung stellen die Mitarbeiter. Die PD in Friedreichshain und Lichterfelde setzen auf die Einsicht ihrer Mitarbeiter, nur Privatkleidung zu verwenden, die mit 60° waschbar ist, zahlen jedoch kein Waschgeld oder stellen Kleidung. Die Hygienebeauftragten müssen hier regelmäßig überprüfen, ob die Hygienenrichtlinien umgesetzt werden.

In den Reha-Kliniken muss neben Abklatschtests auch das Keimspektrum auf Resistenzen erhoben werden, damit Antibiotika gezielt eingesetzt werden können (RKWE, RKTR). Darüber hinaus muss bekannt sein, wie die zuweisenden Krankenhäuser mit MRSA-Infektionen umgehen, damit Patienten mit Problemwunden, die aus diesen Krankenhäusern überwiesen werden, adäquat behandelt werden können.

Zum Hygienemanagement gehört zudem die regelmäßige Kontrolle der Teilnahme aller Mitarbeiter an den Pflichtfortbildungen. Ggf. müssen Mitarbeiter, die an den Seminaren nicht teilnehmen konnten, separat aufgefordert werden, ihr Pflichtdeputat zu erfüllen.

In den Kategorien ‚**Konzepte und Standards**‘ und ‚**Pflegerisches, ärztliches, therapeutisches Management**‘ lassen sich gegenüber 2011 weiterhin positive Entwicklungen feststellen. Die Regelungen des ‚**Diakonischen Profils**‘ (Angebote für Bewohner und Patienten, Mitarbeiter, Schwerkranke und Sterbende) sind überwiegend ausgereift und werden ‚gelebt‘. Es wurden nur noch wenige Verbesserungspotenziale identifiziert (**vgl. Kap. 4.3.1**). Die Teilnahme an Beerdigungen muss in allen Regelungen als Möglichkeit für Mitarbeiter beschrieben werden, von den Versorgten Abschied zu nehmen (beide Reha-Kliniken).

Zum Thema **Qualitätsmanagementhandbücher (QMH)** lässt sich wiederholen, was 2011 gesagt wurde: Die Handbücher sind verständlich verfasst – die gesuchten Informationen lassen sich tendenziell schnell auffinden. Der Umfang der QMH kann nun jedoch reduziert werden, indem Formulare zusammengeführt oder Regelungen im Umfang reduziert werden können – insgesamt handelt es sich aber um die ‚Feinjustierungen‘ der Bücher, nicht mehr um gravierende Abweichungen oder handwerkliche Fehler.

**Nationale Expertenstandards (NES)** wurden bethelweit überarbeitet und entsprechen häufig den Bethelkonventionen. Sie werden bereits in vielen Einrichtungen auditiert, jedoch noch nicht in allen (**vgl. Kap. 5.1.3**). Verbesserungsbedarf gibt es insbesondere in beiden Reha-Kliniken, in denen die Prozesse (z.B. der Dekubitus- und Sturzprophylaxe) teilweise ‚häppchenweise‘ an beteiligte Berufsgruppen verteilt werden und die Steuerungs- und Durchführungsverantwortung insgesamt verloren zu gehen droht. Den Überblick sollten die Pflegefachkräfte behalten, die die Prozesse auch steuern könnten, da die zahlenmäßig größte Berufsgruppe hierzu fachlich in der Lage ist (**vgl. Kap. 4.3.7, Pflegerischer Bereich**). Zu den Audits nach Expertenstandards gehört auch die Abfrage des Personals bezüglich ihres Nachschulungsbedarfes – nicht alle Einrichtungen haben diese Anforderung umsetzen können (**vgl. Kap. 5.1.3 Visitenergebnisse**).

**Leitlinien und Standards** weisen in den Reha-Kliniken noch nicht alle Schwerpunkte aus oder müssen für alle Berufsgruppen erstellt bzw. aus den Fachgesellschaften übernommen und implementiert werden (**vgl. Kap. 4.3.6**).

Für den Bereich des **Erstkontaktes**, der **Erstgespräche** und **Aufnahme** existieren zahlreiche gute Dokumente und Checklisten (z.B. SZKÖ, SZOE, SZFR). Fast alle Einrichtungen haben das Verhältnis dieser drei Teilschritte im Blick (**vgl. Kap. 5.1.4**).

Im Bereich des **Fort- und Weiterbildungsmanagements** gibt es bei der Planung für alle Berufsgruppen Verbesserungsbedarfe. Die Beauftragten müssen ein Budget erhalten, um eine ‚Grundplanung‘ längerfristig durchführen zu können. Darüber hinaus sollten der Arzt- und Pflegedienst im Rahmen der Fortbildungsprogramme die Möglichkeit erhalten, Fortbildungspunkte zu sammeln (**vgl. Kap. 4.3.1, Fort- und Weiterbildungsmanagement / Literatur**). Für 2013 wird dies im Rahmen der Einführung eines Pflichtkataloges für alle Einrichtungen bindend.

Bezüglich der Umsetzung des Projektes zur **Vereinheitlichung der Pflegevisiten** zeigt sich 2011 ein homogeneres Bild, als noch 2011. Die Einrichtungen weisen nun auch einen ähnlichen Stand zum Umgang mit den Visitenergebnissen auf: Die Auswertungen werden meist zeitnahe vorgenommen, so dass auf Auffälligkeiten schneller reagiert werden kann.

Der Umgang mit Fehlern im Rahmen des **Fehlermanagements** hat sich gegenüber 2011 deutlich verbessert. Im KHBE dagegen werden Fehler tendenziell immer noch wie ein ‚Geheimnis‘ behandelt. Für 2013 muss ein offenes Klima geschaffen und Fehler in den ständigen Verbesserungsprozess übergeleitet werden (**vgl. Kap. 5.4.1**). Parallel hierzu muss mit dem Versicherer geklärt werden, in wie weit dieser den offenen Umgang mit Fehlern unterstützt.

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

Im Interesse der Personalbildung müssen die **Dienstpläne** rechtzeitig bekannt gegeben werden – mindestens aber vier Wochen vor Ihrer Gültigkeit. Mitarbeiter müssen mittelfristig planen und auch regelmäßig Veranstaltungen (bspw. Sprach-, Instrumentenkurse) besuchen können.

Überprüfungen und Anpassungen - ‚Check‘- und ‚Act‘-Schritte des sogenannten **PDCA-Zyklusses** – werden im KHBE nicht immer regelhaft beschrieben. Die Krankenhausleitung muss nach der erfolgreichen Zertifizierung dafür sorgen, dass das Handeln im vollständigen PDCA-Zyklus in allen Bereichen zur Routine wird.

Die Überprüfung der **Ergebnisqualität** des (**Pflege-)Zustandes** der Bewohner und Patienten ergab durchweg gute bis sehr gute Ergebnisse (**vgl. Kap. 4.4**). Befragungsergebnisse wurden durch die der jährlichen anonymen Befragung in ihrer Tendenz bestätigt: Die Bewohner und Patienten sind zufrieden mit Ihrer Versorgung.

Das Schmerzmanagement bleibt jedoch ein Aspekt, der in allen Einrichtungen verbesserungsfähig ist: Schmerzen müssen im Zuge der Versorgung – wie in dem gültigen NES beschrieben - thematisiert werden.

Immer wieder weisen Befragte darauf hin, dass ihnen der häufige **Personalwechsel** nicht gefällt: Die Erwartungen der Bewohner und Patienten bezüglich ihrer Bezugspersonen müssen deutlicher kommuniziert und den Möglichkeiten der Einrichtungen gegenüber gestellt werden, um Enttäuschungen zu vermeiden – auch dieses Ergebnis ist gegenüber 2011 unverändert.

Darüber hinaus zeigen die Rückmeldungen im Zuge der anonymen **Befragung**, dass die Bewohner und Patienten den Bethel-Einrichtungen gegenüber 2011 gute Noten geben. Lediglich das KHBE hat den Referenzwert der Kennzahl von 2,0 nur knapp verfehlt (**vgl. Kap. 5.1.2, vgl. Anlage 4**).

Die Teilnahme an der Befragung ist konzernweit im Schnitt auf 38% gesunken, wofür hauptsächlich die niedrige Beteiligung der Patienten des KHBE verantwortlich ist: Dort betrug der Rücklauf 9%. Hierauf muss die Krankenhausleitung vor Durchführung der nächsten Befragung reagieren und darlegen, wie die Beteiligung verbessert werden kann.

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

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

## 7 Ausblick

Im Rahmen der Umstellung des elektronischen Dokumentationssystems auf das Nachfolgeprodukt MCC.Net werden die Module auf die Anforderungen des Diakoniewerks ausgerichtet und 2013 eingeführt. Die an der Patienten- und Bewohnerversorgung beteiligten Berufsgruppen werden darüber hinaus noch besser miteinander vernetzt. Um beide Ziele zu erreichen, wird das Projekt zentral gesteuert und von ausgewählten Mitarbeitern aller Unternehmensbeteiligungen begleitet.

Aufgrund des hohen Qualitätsniveaus, auf dem sich viele Einrichtungen befinden, wird das Konzept der Internen Revision in Medizin und Pflege wiederum angepasst: Die Einrichtungen werden ein Jahr vor ihrer Rezertifizierung einer zweitägigen Internen Revision, die durch zwei Ko-Auditoren begleitet wird, unterzogen. Eine zweite Prüfung stellt im darauffolgenden Jahr die Rezertifizierung dar. Darüber hinaus werden alle Einrichtungen (Ausnahme KHBE und beide Reha-Kliniken) jährlich vom MDK und der Heimaufsicht begangen. Die Benotungen und Bewertungen beider Institutionen werden flankierend für das Bethel-Benchmark herangezogen. Insgesamt werden die Einrichtungen und Ko-Auditoren entlastet.

Wenn MDK-Bewertungen oder Interne Revisionen auf größere negative Veränderungen hinweisen, können weitere Revisionen durchgeführt werden, die jedoch für die betroffenen Einrichtungen kostenpflichtig werden.

Berlin, 21.09.2012

Andreas Dietel

## **Anhang**

<b>Anhang 1 – Terminplan und Ko-Auditoren 2012 _____</b>	<b>69</b>
<b>Anhang 2 – Zusammenfassung des Qualitätsberichtes zur Präsentation auf der Konferenz der Führungskräfte (KFK), 13.9. – 14.9.2012 _____</b>	<b>70</b>
<b>Anhang 3 – Gegenüberstellung der Bewertungen der Unternehmensbeteiligungen durch die Interne Revision in Medizin und Pflege und des MDK _____</b>	<b>91</b>
<b>Anhang 4 – Ergebnisse der Mitarbeiterbefragungen im Verlauf 2010 – 2012</b>	<b>92</b>

## Anhang 1 – Terminplan und Ko-Auditoren 2012

## Terminplan zur Revision und zur Zertifizierung 2012

	UB	Vor-Ort-Termine	Ko-Auditor aus Betrieb	Telefon-Konferenzen (9.00 - 12.00 Uhr)	Zertifizierungsaudit	Ko-Auditor aus Betrieb
1.	Seniorenzentrum Bethel Welzheim (SZWE)	10.01.2012	Fr. Wortmann (SZKO), Fr. Welti (SZFR)	05.01.2012		
2.	Diakoniestation Bethel Welzheim (DSWE)	11.01.2012	Fr. Wortmann (SZKO), Fr. Welti (SZFR)		28.06.-29.06.2012 HrS	Fr. Wortmann (SZKO)
3.	Seniorenzentrum Bethel Trossingen (SZTR)	13.01.2012	Fr. Schmidt (SZWI), Fr. Gottschalk (PDOE)	06.01.2012		
5.	Pflegedienst Bethel Friedrichshain (PDFR)	26.01.2012	Fr. Troiano (SZMÜ)		14.06.2012 HrN	Fr. Troiano (SZMU)
4.	Seniorenzentrum Bethel Köpenick (SZKÖ)	01.02.2012	Fr. Möller (SZOE)		25.06.-27.06.2012 HrS	Fr. Möller (SZOE)
6.	Seniorenzentrum Bethel Bad Oeynhausen (SZOE)	06.02.2012	Fr. Welti (SZFR), Fr. Heyn (PDLI)	02.02.2012		
7.	Pflegedienst Bethel Bad Oeynhausen (PDOE)	07.02.2012	Fr. Welti (SZFR), Fr. Heyn (PDLI)		15.06.2012 HrN	Fr. Heyn (PDLI)
8.	Seniorenzentrum Bethel Wiehl (SZWI)	09.02.2012	Fr. Troiano (SZMU), Fr. Wortmann (SZKÖ)	03.02.2012		
9.	Krankenhaus Bethel Berlin (KHBE)	22.02.2012	Fr. Byczek-Palfalusi (DSWE)		neu angesetzt für 03.09.-05.09.2012	Fr. Byczek-Palfalusi (DSWE)
10.	Seniorenzentrum Bethel Friedrichshain (SZFR)	23.02.2012	Fr. Schmidt (SZWI)		12.06.-13.06.2012 HrN	Fr. Schmidt (SZWI)
11.	Seniorenzentrum Bethel München (SZMU)	13.03.2012	Fr. Wortmann (SZKÖ), Fr. Kelm (SZWE)	09.03.2012		
12.	Geriatrische Reha-Klinik Bethel Welzheim (RKWE)	27.03.-28.03.2012	Fr. Welti (SZFR), Fr. Rill (RKTR / SZTR)	23.03.2012		
13.	Geriatrische Reha-Klinik Bethel Trossingen (RKTR)	19.04.2012	Fr. Pfäffle (RKWE), Fr. Hemkendreis (KHBE)		23.07.-25.07.12	(ohne Beteiligung)
14.	Pflegedienst Bethel Lichterfelde (PDLI)	22.05.-23.05.2012	Fr. Gottschalk (PDOE)	16.05.2012		
15.	Scheve Management Gesellschaft (SMG)					

## Legende:

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

\* Förderaudit nach DIN EN ISO 9001-2000

**Anhang 2 – Zusammenfassung des Qualitätsberichtes zur Präsentation auf der Konferenz der Führungskräfte (KFK), 13.9. – 14.9.2012**



## Qualität im Diakoniewerk Bethel 2012

*Zusammenfassende Darstellung zum Qualitätsbericht*

*Präsentation zur Konferenz der Führungskräfte 13.09. – 14.09.2012*

*Andreas Dietel, Referatsleiter Produkte  
Scheve Management*



**NETZWERK FÜR MENSCHEN  
DIAKONIEWERK BETHEL**

## Gesamtübersicht 2012

Pos. 2012	Pos. 2011	UB/AF	Vor-Ort-Prüfungstermin	Eaulches Wohnlichkeit, Orientierung (D.S. nur Orientierung)			Ordnung Sauberkeit Hygiene			Konzepte und Standards			Pflegerisches / ärztliches /therapeutisches Management			Ergebnisqualität: (Pflege-)Zustand der BW / Pat.			Ergebnisqualität: Dokumentation			Durchschnitt (Pflegezustand doppelt gewichtet)		
				10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12
1.	1.	SZOE	08.02.2012	1-	1-	1-	1-	1-	1	1-	1-	1-	1-	1-	1	1	1	1-2	1-	1	1,1	1,0	1,0 =	
1.	2.	SZWI	09.02.2012	1-	1	1	1	1	1	1-2	1-	1-	1-2	1-	1-	1	1	1	1	1-2	1-	1,1	1,1	1,0 ⬆
2.	2.	PDFR	28.02.2012	1	1	1	1	1	1	1-2	1-	1-	1-2	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1,1	1,1	1,1 =	
2.	2.	SZFR	23.02.2012	1-2	1-2	1,2	2	1-	1-	1-	1	1-	1-2	1-	1-	1-	1-	1-	2+	1-2	1-	1,6	1,1	1,1 =
2.	2.	RKTR	19.04.2012	1-2	1	1	1	1-2	1,2	2-	1-2	1-	1-	1-	1-	1-2	1	1	1-	1-	1-	1,4	1,1	1,1 =
2.	2.	SZTR	13.01.2012	1	1-	1	1	1	1	3	1-	1-	2-3	1-	1-	1-	1-	1-	2-	2	1,2	1,6	1,1	1,1 =
2.	3.	SZKÖ	01.02.2012	1-2	1-2	1,2	1-2	1-	1-	2+	1-	1-	1-	1-2	1-	1-	1-	1-	1-	1-2	1-	1,3	1,2	1,1 ⬆
3.	3.	SZMÜ	19.03.2012	2	1-	1-	2	1	1-	2-	2+	2+	2-	1-2	1,2	2+	1-	1-	2	1-	1-	2,0	1,2	1,2 =
4.	7.	KHBE	22.02.2012	2-3	2+	1,2	2	1-2	1-	1-2	1-	2+	1-2	1-	2+	1	1-	1-	2+	1-2	1	1,6	1,3	1,4 ⬇
4.	4.	PDOE	07.02.2012	1	1	1	1-	1-	1,2	3	1-2	1-2	3	1-2	1,2	1-2	1	1	3	2	2+	2,0	1,3	1,4 ⬇
5.	7.	PDLI	22-23.5.2012	2	2	1,2	2	2-3	2+	1-2	2+	1-	1-	1-2	1	1-2	1-	1,2	2	2+	1,6	1,7	1,5 ⬆	
5.	5.	SZWE	10.01.2012	1	1	1	1	1	1	1-	2-	2-3	1-2	1-2	2	1-2	1-	1	2	3	1,4	1,4	1,6 ⬇	
6.	7.	PDWE	11.02.2012	3-	1-2	1	2-3	2+	2	3-4	3+	2-3	2-3	2-	2-3	1-	1-	1	2-3	1-2	1,2	2,3	1,7	1,6 ⬆
7.	6.	RKWE	27-28.03.2012	1-	1-2	2+	1-2	1-	1-	2-	1-2	3	3	2+	3	1-2	1-2	1-	2-	1-2	2+	1,8	1,5	1,8 ⬇



## Endergebnis 2012

Position 2012	Position 2011	UB/AF	Durchschnitt (Pflegezustand doppelt gewichtet)			
			2010	2011	2012	
1.	1.	SZOE	1,1	1,0	1,0	=
1.	2.	SZWI	1,1	1,1	1,0	⬆
2.	2.	PDFR	1,1	1,1	1,1	=
2.	2.	SZFR	1,6	1,1	1,1	=
2.	2.	RKTR	1,4	1,1	1,1	=
2.	2.	SZTR	1,6	1,1	1,1	=
2.	3.	SZKÖ	1,3	1,2	1,1	⬆
3.	3.	SZMÜ	2,0	1,2	1,2	=
4.	7.	KHBE	1,6	1,3	1,4	⬇
4.	4.	PDOE	2,0	1,3	1,4	⬇
5.	7.	PDLI	1,6	1,7	1,5	⬆
6.	5.	SZWE	1,4	1,4	1,6	⬇
6.	7.	PDWE	2,3	1,7	1,6	⬆
7.	6.	RKWE	1,8	1,5	1,8	⬇



## Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung

Pos. 2012	Pos. 2011	UB/AF	Vor-Ort-Prüftermine	Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung (DS: nur Orientierung)			Ordnung, Sauberkeit, Hygiene			Konzepte und Standards			Pflegerisches / ärztliches / therapeutisches Management			Ergebnisqualität: (Pflege-)Zustand der BW / Pat.			Ergebnisqualität: Dokumentation			Durchschnitt: (Pflegezustand doppelt gewichtet)		
				10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12
1.	1.	SZOE	08.02.2012	1-	1-	1-	1-	1-	1	1-	1-	1-	1-	1-	1	1	1	1-2	1-	1	1,1	1,0	1,0 =	
1.	2.	SZWI	09.02.2012	1-	1	1	1	1	1	1-2	1-	1-	1-2	1-	1	1	1	1	1-2	1-	1,1	1,1	1,0 ⬆	
2.	2.	PDFR	26.02.2012	1	1	1	1	1	1	1-2	1-	1-	1-2	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-2	1,1	1,1	1,1 =	
2.	2.	SZFR	23.02.2012	1-2	1-2	1,2	1-	1-	1-	1-	1	1-2	1-	1-	1-	1-	1-	2+	1-2	1-	1,6	1,1	1,1 =	
2.	2.	RKTR	19.04.2012	1-2	1	1	1-2	1,2	2-	1-2	1-	1-	1-	1-	1-2	1	1	1-	1-	1-	1,4	1,1	1,1 =	
2.	2.	SZTR	13.01.2012	1	1-	1	1	1	3	1-	1-	2-3	1-	1-	1-	1-	1	2-	2	1,2	1,6	1,1 =		
2.	3.	SZKÖ	01.02.2012	1-2	1-2	1,2	1-	1-	2+	1-	1-	1-	1-2	1-	1-	1-	1-	1-2	1-	1,3	1,2	1,1 ⬆		
3.	3.	SZMÜ	13.03.2012	2	1-	1-	1	1-	2-	2+	2+	2-	1-2	1,2	2+	1-	1-	2	1-	2,0	1,2	1,2 =		
4.	7.	KHBE	22.02.2012	2-3	2+	1,2	1-2	1-	1-2	1-	2+	1-2	1-	2+	1	1-	1-	2+	1-2	1	1,6	1,3	1,4 ⬇	
4.	4.	PDOE	07.02.2012	1	1	1	1-	1-	1,2	3	1-2	1,2	3	1-2	1,2	1-2	1	1	3	2	2+	2,0	1,3	1,4 ⬇
5.	7.	PDLI	22.-23.6.2012	2	2	1,2	2	2-3	2+	1-2	2+	1-	1-	1-2	1-	1-2	2-	2	2+	1,6	1,7	1,5 ⬆		
6.	7.	PDWE	10.01.2012	1	1	1	1	1	1	1-	2-	2,3	1-2	1-2	2	1-2	1-	1	2	2	3	1,4	1,4	1,6 ⬇
6.	7.	PDWE	11.02.2012	3-	1-2	1	1-3	2+	2	3-4	3+	2-3	2-	2-3	1-	1-	1	2-3	1-2	1,2	2,3	1,7	1,6 ⬆	
7.	6.	RKWE	27.-28.03.2012	1-	1-2	2+	1-2	1-	1-	2-	1-2	3	3	2+	3	1-2	1-2	1-	2-	1-2	2+	1,8	1,5	1,8 ⬇



## Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung: Übersicht

Pos. 2012 in Bezug auf dieses Kriterium	UB/AF	Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung (DS: nur Orientierung)			Gesamtbewertung 2012
		2010	2011	2012	
1.	PDFR	1	1	1	1,1 =
1.	PDOE	1	1	1	1,4 ⬇
1.	SZWI	1-	1	1	1,0 ⬆
1.	SZWE	1	1	1	1,6 ⬇
1.	PDWE	3-	1-2	1	1,6 ⬆
1.	RKTR	1-2	1	1	1,1 =
1.	SZTR	1	1-	1	1,1 =
2.	SZOE	1-	1-	1-	1,0 =
2.	SZMÜ	2	1-	1-	1,2 =
3.	SZKÖ	1-2	1-2	1-2	1,1 ⬆
3.	SZFR	1-2	1-2	1-2	1,1 =
3.	KHBE	2-3	2+	1-2	1,4 ⬇
3.	PDLI	2	2	1-2	1,5 ⬆
4.	RKWE	1-	1-2	2+	1,8 ⬇



## Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung: **POSITIV**

- 👉 **Eingangsbereiche:** Großzügig, offene Gestaltung (z.B. im SZKÖ, SZFR, SZOE, SZWE, SZTR).
- 👉 Hilfreiche Informationen für Interessenten im Wartebereich (z.B. PDWE, PDOE, SZFR).
- 👉 Viele **schöne Details** in den Fluren, Räumen, Büros, Balkonen und Bädern: Dekoration, Blumenkästen, Mobiles etc. (z.B. SZOE, SZFR, PDWE, SZWI, SZMÜ).
- 👉 Anlage **ansprechender Gärten** (SZFR, SZWI und SZMÜ).



## Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung: **Verbesserungspotential**

- 👎 Türzargen und –rahmen, Türen und Wände **werden schnell wieder zerkratzt / zerschrammt:** Bei starker Abnutzung muss früher nachgearbeitet werden.
- 👎 Auch die **Fußböden** vermitteln teilweise einen verlebten und ungepflegten Eindruck.
- 👎 Die Außenbereiche (Beschilderung, Balkone) beeinflussen das Gesamtbild negativ (PDLI).



## Ordnung, Sauberkeit, Hygiene

Pos. 2012	Pos. 2011	UB/AF	Vor-Or-Prüfnummer	Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung (DS: nur Orientierung)			Ordnung, Sauberkeit, Hygiene			Konzepte und Standards			Pflegerisches / ärztliches / therapeutisches Management			Ergebnisqualität: (Pflege-)Zustand der BW / Pat.			Ergebnisqualität: Dokumentation			Durchschnitt (Pflegezustand doppelt gewichtet)		
				10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12
1.	1.	SZOE	06.02.2012	1-	1-	1-	1-	1-	1	1-	1-	1-	1-	1	1	1	1-2	1-	1	1,1	1,0	1,0 =		
1.	2.	SZWI	09.02.2012	1-	1	1	1	1	1	1-2	1-	1-	1-2	1-	1	1	1	1	1-2	1-	1,1	1,1	1,0 ⬆	
2.	2.	PDFR	26.02.2012	1	1	1	1	1	1	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-2	1,1	1,1	1,1 =		
2.	2.	SZFR	23.02.2012	1-2	1-2	1-2	2	1-	1-	-	1	1-	1-2	1-	1-	1-2	1-	1-	2+	1-2	1-	1,6	1,1	1,1 =
2.	2.	RKTR	19.04.2012	1-2	1	1	1	1-2	1-2	1-2	1-	1-2	1-	1-	1-	1-2	1	1	1-	1-	1-	1,4	1,1	1,1 =
2.	2.	SZTR	13.01.2012	1	1-	1	1	1	1	1	1-	1-	2-3	1-	1-	1-	1-	1	2-	2	1-2	1,6	1,1	1,1 =
2.	3.	SZKÖ	01.02.2012	1-2	1-2	1-2	1-2	1-	1-	3+	1-	1-	1-	1-2	1-	1-	1-	1-	1-2	1-	1,3	1,2	1,1 ⬆	
3.	3.	SZMÜ	13.03.2012	2	1-	1-	2	1	1-	2+	2+	2-	1-2	1-2	2+	1-	1-	2	1-	1-	2,0	1,2	1,2 =	
4.	7.	KHBE	22.02.2012	2-3	2+	1-2	2	1-2	1-	1-	1-	2+	1-2	1-	2+	1	1-	1-	2+	1-2	1	1,6	1,3	1,4 ⬇
4.	4.	PDOE	07.02.2012	1	1	1	1-	1-	1-2	1-	1-2	1-2	3	1-2	1-2	1-2	1	1	3	2	2+	2,0	1,3	1,4 ⬇
5.	7.	PDLI	22.-23.5.2012	2	2	1-2	2	2-3	2+	1-2	2+	1-	1-	1-2	1-	1-2	1-	1-2	2-	2	2+	1,6	1,7	1,5 ⬆
6.	7.	SZWE	10.01.2012	1	1	1	1	1	1	1-	2-	2-3	1-2	1-2	2	1-2	1-	1	2	3	1,4	1,4	1,6 ⬇	
6.	7.	PDWE	11.02.2012	3-	1-2	1	2-3	2+	2	3+	2-3	2-3	2-	2-3	1-	1-	1	2-3	1-2	1,2	1,3	1,7	1,6 ⬆	
7.	6.	RKWE	27.-28.03.2012	1-	1-2	2+	1-2	1-	1-	2-	1-2	3	3	2+	3	1-2	1-2	1-	2-	1-2	2+	1,8	1,5	1,8 ⬇



## Ordnung, Sauberkeit, Hygiene: Übersicht

Pos. 2012 in Bezug auf dieses Kriterium	UB/AF	Ordnung, Sauberkeit, Hygiene			Gesamtbewertung 2012
		2010	2011	2012	
1.	PDFR	1	1	1	1,1 =
1.	SZOE	1-	1-	1	1,0 =
1.	SZWI	1	1	1	1,0 ⬆
1.	SZWE	1	1	1	1,6 ⬇
1.	SZTR	1	1	1	1,1 =
2.	SZKÖ	1-2	1-	1-	1,1 ⬆
2.	SZFR	2	1-	1-	1,1 =
2.	KHBE	2	1-2	1-	1,4 ⬇
2.	RKWE	1-2	1-	1-	1,8 ⬇
2.	SZMÜ	2	1	1-	1,2 =
3.	RKTR	1	1-2	1-2	1,1 =
3.	PDOE	1-	1-	1-2	1,4 ⬇
4.	PDLI	2	2-3	2+	1,5 ⬆
5.	PDWE	2-3	2+	2	1,6 ⬆



## Ordnung, Sauberkeit, Hygiene: **POSITIV**

- 🕒 Alle **Flure und Zimmer** sind sehr sauber und ordentlich (z.B. SZKÖ, SZFR, SZWI, SZWE).
- 🕒 Die **Schränke** in den **Funktionsbereichen** und den **Wohnbereichen** sind ordentlich und aufgeräumt (z.B. PDFR, RKWE).
- 🕒 **Hygienekonzept**: allgemeiner Hygieneplan des RKI angepasst auf Spezifika der Einrichtung (z.B. SZOE, SZWI).
- 🕒 Bewertungen der **Hygieneleistungen** durchgehend gut bis sehr gut.



## Ordnung, Sauberkeit, Hygiene: **Verbesserungspotential**

- 🕒 Die **Kleidung** der Mitarbeiter der PD ist nicht immer mit 60° waschbar (z.B. PDLI).
- 🕒 Neben Abklatschtests muss auch das **Keimspektrum in den Kliniken auf Resistenzen** kontrolliert werden, damit Antibiotika gezielt eingesetzt werden können (RKWE, RKTR).
- 🕒 Die Reinigung sollte auch **bewohnereigene** Möbel und Hilfsmittel nach Absprache reinigen.



## Ordnung, Sauberkeit, Hygiene: **Verbesserungspotential**

- 🔴 Zur Umsetzung der Konzepte – hier: **Hygiene** – gehört die **Überprüfung der Teilnahme** an Pflichtkursen (z.B. SZKÖ, PDWE).
- 🔴 **Hygieneverhalten** der Mitarbeiter muss **regelmäßig** während der **Pflegevisiten** überprüft werden (z.B. PDLI, PDOE).



## Konzepte und Standards

Pos. 2012	Pos. 2011	U/E/AF	Vor-Ort-Prüftermine	Bauliches Wohnlichkeit, Orientierung (DS: nur Orientierung)			Ordnung, Sauberkeit, Hygiene			Konzepte und Standards			Pflegerisches / ärztliches /therapeutisches /management			Ergebnisqualität: (Pflege)Zustand der BW / Pat.			Ergebnisqualität: Dokumentation			Durchschnitt (Pflegezustand doppelt gewichtet)				
				10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12		
1.	1.	SZOE	08.02.2012	1-	1-	1-	1-	1-	1	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1	1	1	1-2	1-	1	1,1	1,0	1,0 =		
1.	2.	SZWI	09.02.2012	1-	1	1	1	1	1	1-2	1-	1-	2	1-	1-	1	1	1	1	1-2	1-	1,1	1,1	1,0 ⬇		
2.	2.	PDFR	28.02.2012	1	1	1	1	1	1	1-2	1-	1-	2	1-	1-	1-	1-	1	1-	1-	2+	1-2	1-	1,1	1,1	1,1 =
2.	2.	SZFR	23.02.2012	1-2	1-2	1-2	2	1-	1	1-	1	1-	1-2	1-	1-	1-2	1-	1-	1-	1-	2+	1-2	1-	1,6	1,1	1,1 =
2.	2.	RKTR	19.04.2012	1-2	1	1	1	1-2	1-2	2-	1-2	1-	1-	1-	1-	1-2	1	1	1-	1-	1-	1-	1,4	1,1	1,1 =	
2.	2.	SZTR	13.01.2012	1	1-	1	1	1	1	3	1-	1-	2-	1-	1-	1-	1-	1	2-	2	1-2	1,6	1,1	1,1 =		
2.	3.	SZKÖ	01.02.2012	1-2	1-2	1-2	1-2	1-	1-	2+	1-	1-	1-	1-2	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-2	1-	1,3	1,2	1,1 ⬇	
3.	3.	SZMÜ	13.03.2012	2	1+	1-	2	1	1	2+	2+	2+	2+	1-2	1-2	2+	1-	1-	2	1-	1-	2,0	1,2	1,2 =		
4.	7.	KHBE	22.02.2012	2-3	2+	1-2	2	1-2	1	1-2	1-	2+	1-2	1-	2+	1	1-	1-	2+	1-2	1	1,6	1,3	1,4 ⬇		
4.	4.	PDOE	07.02.2012	1	1	1	1-	1-	1-2	3	1-2	1-2	3	1-2	1-2	1-2	1	1	3	2	2+	2,0	1,3	1,4 ⬇		
5.	7.	PDLI	22.-23.5.2012	2	2	1-2	2	2-3	2	1-2	2+	2+	1-	1-	1-2	1	1-2	1-	1-2	2-	2	2+	1,6	1,7	1,5 ⬇	
6.	5.	SZWE	10.01.2012	1	1	1	1	1	1	1-	1-	2-	2-3	2-2	1-2	2	1-2	1-	1	2	2	3	1,4	1,4	1,6 ⬇	
6.	7.	PDWE	11.02.2012	3-	1-2	1	2-3	2+	2	3-4	3+	2-3	1-3	2-	2-3	1-	1-	1	2-3	1-2	1-2	2,3	1,7	1,6 ⬇		
7.	6.	RKWE	27.-28.03.2012	1-	1-2	2+	1-2	1-	1-	2-	1-2	3	3	2+	3	1-2	1-2	1-	2-	1-2	2+	1,8	1,5	1,8 ⬇		



## Konzepte und Standards: **Übersicht**

Pos. 2012 in Bezug auf dieses Kriterium	UB/AF	Konzepte und Standards			Gesamtbewertung 2012
		2010	2011	2012	
1. ★	SZKO	2+	1-	1-	1,1 ↑
1. ★	SZFR	1-	1	1-	1,1 =
1. ★	PDFR	1-2	1-	1-	1,1 =
1. ★	PDLI	1-2	2+	1-	1,5 ↑
1. ★	SZOE	1-	1-	1-	1,0 =
1. ★	SZWI	1-2	1-	1-	1,0 ↑
1. ★	RKTR	2-	1-2	1-	1,1 =
1. ★	SZTR	3	1-	1-	1,1 =
2.	PDOE	3	1-2	1-2	1,4 ↓
3.	KHBE	1-2	1-	2+	1,4 ↓
3.	SZMÜ	2-	2+	2+	1,2 =
4. !	SZWE	1-	2-	2-3	1,6 ↓
4.	PDWE	3-4	3+	2-3	1,6 ↑
5. !	RKWE	2-	1-2	3	1,8 ↓

Qualität im DwB 2012, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, 13.9.2012, Andreas Dietel, RLP

Seite 15 von 41

NETZWERK FÜR MENSCHEN  
DIAKONIEWERK BETHEL

## Konzepte und Standards: **POSITIV**

- 🕒 **Diakonisches Profil:** Basis in Form von Regelwerken vorhanden (Leitbilder, Angebote für Bewohner / Patienten, Angehörige und Mitarbeiter, Literatur etc.).
- 🕒 **QMH: Verständlichkeit** der Inhalte / Schnelles Auffinden der gesuchten **Informationen** (z.B. KHBE, RKTR, SZMÜ).
- 🕒 **Nationale Expertenstandards** (Prüfeschwerpunkt 2012): Gute Umsetzung der **Bethelkonvention und Ausführung** im Sinne der Autoren vom DNQP (z.B. SZKÖ, PDFR, SZTR).



Qualität im DwB 2012, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, 13.9.2012, Andreas Dietel, RLP

Seite 16 von 41

NETZWERK FÜR MENSCHEN  
DIAKONIEWERK BETHEL

## Konzepte und Standards: **POSITIV**

- 📌 **Risikoerfassung** (Anamnese) sofort nach Aufnahme (z.B. SZFR, SZOE).
- 📌 **Dementia Care Mapping / Validation** (z.B. SZWI, SZTR).
- 📌 **Einarbeitung neuer Mitarbeiter: Einarbeitungschecklisten** (allgemein und speziell) für hauptamtliche (und ggf. ehrenamtliche) Mitarbeiter (z.B. SZKÖ, SZWI).



## Konzepte und Standards: **POSITIV**

- 📌 **Erstkontakt / Erstgespräch / Aufnahme** - gute Regelungen und durchdachte mitgeltende Dokumente (z.B. SZKÖ).
- 📌 **Kleintiere:** Meerschweinchen, Kater, Besuchshunde (z.B. SZOE, SZWE).



## Konzepte und Standards: **Verbesserungspotential**

- 🔴 QMH: Prüfung, ob **zahlreichen Unterlagen** teilweise zusammengeführt werden können (z.B. SZKÖ, SZFR, PDWE).
- 🔴 **Nationalen Expertenstandards: Prozesse** einrichtungsspezifisch ausformulieren / **Verantwortlichkeiten** (Prozessverantwortung / Durchführungsverantwortung) eindeutig **regeln** (→ Pflegefachkräfte) (beide RK).



## Konzepte und Standards: **Verbesserungspotential**

- 🔴 **Stellenbeschreibungen** QMB (z.B. beide RK, SZTR, SZMÜ)
- 🔴 **Ärztliche und therapeutische Standards und Leitlinien** weisen noch nicht durchgehend alle **Schwerpunkte** aus (beide RK).



## Pflegerisches, ärztliches, therapeutisches Management

Pos. 2012	Pos. 2011	UB/AF	Vor-Ort-Prüfer/in	Eauliches, Wohnlichkeit, Orientierung (D3: nur Orientierung)			Ordnung, Sauberkeit, Hygiene			Konzepte und Standards			Pflegerisches / ärztliches / therapeutisches Management			Ergebnisqualität: (Pflege-)Zustand der BW / Pat.			Ergebnisqualität: Dokumentation			Durchschnitt: (Pflegestand doppelt gewichtet)		
				10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12
1.	1.	SZOE	08.02.2012	1-	1-	1-	1-	1-	1	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1	1	1	1-2	1-	1	1,1	1,0	1,0 =
1.	2.	SZWI	09.02.2012	1-	1	1	1	1	1	1-2	1-	1-	1-2	1-	1-	1	1	1	1	1-2	1-	1,1	1,1	1,0 ⬆
2.	2.	PDFR	26.02.2012	1	1	1	1	1	1	1-2	1-	1-	1-2	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-2	1,1	1,1	1,1 =
2.	2.	SZFR	23.02.2012	1-2	1-2	1,2	2	1-	1-	1-	1	1-2	1-	1-	1-	1-	1-	1-	2+	1-2	1-	1,6	1,1	1,1 =
2.	2.	RKTR	19.04.2012	1-2	1	1	1	1-2	1,2	2-	1-2	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1,4	1,1	1,1 =
2.	2.	SZTR	13.01.2012	1	1-	1	1	1	1	3	1-	1-	2-3	1-	1-	1-	1-	1-	2-	2	1,2	1,6	1,1 =	
2.	3.	SZKÖ	01.02.2012	1-2	1-2	1,2	1-2	1-	1-	2+	1-	1-	1-	1-2	1-	1-	1-	1-	1-2	1-	1,3	1,2	1,1 ⬆	
3.	3.	SZMÜ	19.03.2012	2	1-	1-	2	1	1-	2-	2+	2+	2-	1-2	1,2	2+	1-	1-	2	1-	2,0	1,2	1,2 =	
4.	7.	KHBE	22.02.2012	2-3	2+	1,2	2	1-2	1-	1-2	1-	2+	1-2	1-	2+	1	1-	1-	2+	1-2	1	1,6	1,3	1,4 ⬇
4.	4.	PDOE	07.02.2012	1	1	1	1-	1-	1,2	3	1-2	1,2	3	1-2	1,2	2	1	1	3	2	2+	2,0	1,3	1,4 ⬇
5.	7.	PDLI	22.-23.6.2012	2	2	1,2	2	2-3	2+	1-2	2+	1	1-	1-2	1-	1-2	1-	2-	2	2+	1,6	1,7	1,5 ⬆	
6.	5.	SZOE	10.01.2012	1	1	1	1	1	1	1-	1-	2-	1-2	1-2	2	1-2	1-	1	2	2	3	1,4	1,4	1,6 ⬇
6.	7.	PDWE	11.02.2012	3-	1-2	1	2-3	2+	2	3-4	3+	2-3	2-3	2-	2-3	1-	1-	1	2-3	1-2	1,2	1,3	1,7 =	
7.	6.	RKWE	27.-28.03.2012	1-	1-2	2+	1-2	1-	1-	2-	1-2	3	3	2+	3	1-2	1-2	1-	2-	1-2	2+	1,8	1,5	1,8 ⬇



## Pflegerisches, ärztliches, therapeutisches Management: Übersicht

Pos. 2012 in Bezug auf dieses Kriterium	UB/AF	Pflegerisches / ärztliches / therapeutisches Management			Gesamtbewertung 2012
		2010	2011	2012	
1. ★	SZKÖ	1-	1-2	1-	1,1 ⬆
1. ★	SZFR	1-2	1-	1-	1,1 =
1. ★	PDFR	1-2	1-	1-	1,1 =
1. ★	PDLI	1-	1-2	1-	1,5 ⬆
1. ★	SZOE	1-	1-	1-	1,0 =
1. ★	SZWI	1-2	1-	1-	1,0 ⬆
1. ★	RKTR	1-	1-	1-	1,1 =
1. ★	SZTR	2-3	1-	1-	1,1 =
2.	SZMÜ	2-	1-2	1-2	1,2 =
2.	PDOE	3	1-2	1-2	1,4 ⬇
3. !	KHBE	1-2	1-	2+	1,4 ⬇
4.	SZWE	1-2	1-2	2	1,6 ⬇
5. !	PDWE	2-3	2-	2-3	1,6 ⬆
6.	RKWE	3	2+	3	1,8 ⬇



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

- 📌 **Qualitätsziele** werden für alle Abteilungen benannt und veröffentlicht (z.B. KHBE, SZFR, PDFR, SZOE, PDOE).
- 📌 **Managementbewertungen** werden überwiegend aussagekräftig gestaltet (z.B. SZKÖ, SZFR, PDFR, SZOE, SZMÜ).
- 📌 **Pflegevisitenmanagement** hat sich verbessert (z.B. SZFR, PDLI).



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

- 📌 **Sicherheit:** Eine Übersicht über alle regelmäßig durchgeführten Kontrollen der technischen Geräte liegt vor (z.B. SZFR, SZWI, RKTR, SZTR).
- 📌 **Soziale Betreuung:** Umfassendes Angebot (Wochenenden) (SZTR).
- 📌 **Zusammenarbeit:** Arzt- und Sozialdienst / Küche / Wäscherei / Reinigung / Soziale Beschäftigung / Pflege (z.B. KHBE, SZWE, RKTR, SZTR).



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

- ⬇️ **Diakonische Literatur** nicht immer **umfänglich** / Literaturliste nicht aktuell (z.B. PDWE).
- ⬇️ Die **Teilnahme** der Mitarbeiter an **Beerdigungen** wird bethelweit **unterstützt** – dies geht nicht immer eindeutig aus den VA hervor (z.B. Reha-Kliniken).



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

- ⬇️ **Managementbewertungen** – in Einzelpunkten nicht entsprechend der Vorgabe (alle Einrichtungen).
- ⬇️ Aus **erkannten Risiken** müssen unmittelbar danach **Maßnahmen und Planungen** abgeleitet werden.
- ⬇️ **Dienstpläne** werden nicht durchgehend mindestens **vier Wochen** vor Gültigkeit **veröffentlicht** (z.B. RKWE, SZWE, SZTR).



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

- 🔴 Fort- und Weiterbildungsmanagement (z.B. SZKÖ, SZOE, SZTR, RKWE).
- 🔴 Alle Risikoaspekte müssen am **Aufnahmetag** entlang der **Nationalen Expertenstandards** und darüber hinaus (z.B. Eingeschränkte Alltagskompetenzen) erhoben werden.
- 🔴 **Notfallmanagement** – Auswertung seltener Notfälle wird nicht regelhaft durchgeführt (z.B. SZOE, SZWI, SZMÜ, RKTR).



## Pflegezustand: Übersicht

Pos. 2012	Fca 2011	UE/AF	Vor-Ort-Prüfungstermine	Bäuliches Wohnlichkeit, Orientierung (DS: nur Orientierung)			Ordnung, Sauberkeit, Hygiene			Konzepte und Standards			Pflegerisches / ärztliches / therapeutisches Management			Ergebnisqualität: Pflege-/Zustand der BW / Pat.			Ergebnisqualität: Dokumentation			Durchschnitt (Pflegezustand doppelt gewichtet)			
				10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	
1.	1.	SZOE	08.02.2012	1-	1-	1-	1-	1-	1	1-	1-	1-	1-	1-	1	1	1	1	2	1-	1	1,1	1,0	1,0 =	
1.	2.	SZWI	09.02.2012	1-	1	1	1	1	1	1-2	1-	1-	1-2	1-	1-	1	1	1	1	1-2	1-	1,1	1,1	1,0 ⬆	
2.	2.	PDFR	28.02.2012	1	1	1	1	1	1	1-2	1-	1-	1-2	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-2	1,1	1,1	1,1 =	
2.	2.	SZFR	28.02.2012	1-2	1-2	1,2	2	1-	1-	1-	1	1-	1-2	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-2	1-	1,6	1,1	1,1 =
2.	2.	RKTR	19.04.2012	1-2	1	1	1	1-2	1,2	2-	1-2	1-	1-	1-	1-	1-2	1	1	1-	1-	1-	1-	1,4	1,1	1,1 =
2.	2.	SZTR	13.01.2012	1	1-	1	1	1	1	3	1-	1-	2-3	1-	1-	1-	1-	1-	1-	2	1,2	1,6	1,1	1,1 =	
2.	3.	SZKÖ	01.02.2012	1-2	1-2	1,2	1-2	1-	1-	2+	1-	1-	1-	1-2	1-	1-	1-	1-	1-	1-2	1-	1,3	1,2	1,1 ⬆	
3.	3.	SZMÜ	13.03.2012	2	1-	1-	2	1	1-	2-	2+	2+	2-	1-2	1,2	2+	1-	1-	1-	1-	1-	2,0	1,2	1,2 =	
4.	7.	KHBE	22.02.2012	2-3	2+	1,2	2	1-2	1-	1-2	1-	2+	1-2	1-	2+	1	1-	1-	1-	2+	1-2	1	1,6	1,3	1,4 ⬇
4.	4.	PDOE	07.02.2012	1	1	1	1-	1-	1,2	3	1-2	1,2	3	1-2	1-	1-2	1	1	1	2	2+	2,0	1,3	1,4 ⬇	
5.	7.	PDLI	22.-23.8.2012	2	2	1,2	2	2-3	2+	1-2	2+	1-	1-	1-2	1-	1-2	1-	1-	1-	2	2+	1,6	1,7	1,5 ⬆	
6.	5.	SZWE	10.01.2012	1	1	1	1	1	1	1-	2-	2-3	1-2	1-2	2	1-2	1-	1	2	2	3	1,4	1,4	1,6 ⬇	
6.	7.	PDWE	11.02.2012	3-	1-2	1	2-3	2+	2	3-4	3+	2-3	2-3	2-	2-3	1-	1-	1	2-3	1-2	1,2	2,3	1,7	1,6 ⬆	
7.	6.	RKWE	27.-28.03.2012	1-	1-2	2+	1-2	1-	1-	2+	1-2	3	3	2+	3	1-2	1-2	1-	2-	1-2	2+	1,8	1,5	1,8 ⬇	



## Pflegezustand: Übersicht

Pos. 2012 in Bezug auf dieses Kriterium	UB/AF	Ergebnisqualität: (Pflege-)Zustand der BW / Pat.			Gesamtbewertung 2012
		2010	2011	2012	
1.	SZOE	1	1	1	1,0 =
1.	PDOE	1-2	1	1	1,4 ↓
1.	SZWI	1	1	1	1,0 ↑
1.	PDFR	1-	1-	1	1,1 =
1.	SZWE	1-2	1-	1	1,6 ↓
1.	PDWE	1-	1-	1	1,6 ↑
1.	RKTR	1-2	1	1	1,1 =
1.	SZTR	1-	1-	1	1,1 =
2.	SZKÖ	1-	1-	1-	1,1 ↑
2.	SZFR	1-2	1-	1-	1,1 =
2.	KHBE	1	1-	1-	1,4 ↓
2.	RKWE	1-2	1-2	1-	1,8 ↓
2.	SZMU	2+	1-	1-	1,2 =
3.	PDLI	1-2	1-	1-2	1,5 ↑

Qualität im DwB 2012, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, 13.9.2012, Andreas Dietel, RLP

Seite 29 von 41



NETZWERK FÜR MENSCHEN  
DIAKONIEWERK BETHEL

## Pflegezustand: POSITIV

- Die Überprüfung der Ergebnisqualität des (Pflege-) Zustandes der Bewohner und Patienten ergab **durchweg gute bis sehr gute** Ergebnisse.
- Die **Zufriedenheit** im Rahmen der **IR-Befragungen** fällt besser aus, als bei der anonymen (gut bis sehr gut).
- Die **Befragungsergebnisse** der **anonymen** Befragungen erfüllen - mit einer Ausnahme - den **Referenzwert**.



Qualität im DwB 2012, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, 13.9.2012, Andreas Dietel, RLP

Seite 30 von 41

NETZWERK FÜR MENSCHEN  
DIAKONIEWERK BETHEL

## Pflegezustand: **Verbesserungspotential**

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



## Dokumentation

Pos. 2012	Pos. 2011	USt/AF	Vor-Ort-Prüftermine	Bäuliches, Wohnlichkeit, Orientierung (DS: nur Orientierung)			Ordnung, Sauberkeit, Hygiene			Konzepte und Standards			Pflegisches / ärztliches / therapeutisches Management			Ergebnisqualität (Pflege) Zustand der BW / Pac.			Ergebnisqualität Dokumentation			Durchschnitt (Pflegezustand doppelt gewichtet)		
				10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12
1.	1.	SZOE	08.02.2012	1-	1-	1-	1-	1-	1	1-	1-	1-	1-	1	1	1	1-2	1	1	1,1	1,0	1,0 =		
1.	2.	SZWI	09.02.2012	1-	1	1	1	1	1	1-2	1-	1-	1-2	1-	1-	1	1	1	1	1-2	1-	1,1	1,1	1,0 ⬆️
2.	2.	PDFR	28.02.2012	1	1	1	1	1	1	1-2	1-	1-	1-2	1-	1-	1-	1-	1-	1-	1-2	1-	1,1	1,1	1,1 =
2.	2.	SZFR	23.02.2012	1-2	1-2	1,2	2	1-	1-	1-	1	1	1-2	1-	1-	1-2	1-	1-	2+	1-2	1-	1,6	1,1	1,1 =
2.	2.	RKTR	19.04.2012	1-2	1	1	1	1-2	1,2	2-	1-2	1-	1-	1-	1-	1-2	1	1	1-	1-	1-	1,4	1,1	1,1 =
2.	2.	SZTR	13.01.2012	1	1-	1	1	1	1	3	1-	1-	2-3	1-	1-	1-	1-	1-	2-	2	1,2	1,6	1,1	1,1 =
2.	3.	SZKÖ	01.02.2012	1-2	1-2	1,2	1-2	1-	1-	2+	1-	1-	1-	1-2	1-	1-	1-	1-	1-	1-2	1-	1,3	1,2	1,1 ⬆️
3.	3.	SZMÜ	13.03.2012	2	1-	1-	2	1	1-	2-	2+	2+	2-	1-2	1,2	2+	1-	1-	2	1	1-	1,0	1,2	1,2 =
4.	7.	KHBE	22.02.2012	2-3	2+	1,2	2	1-2	1-	1-2	1-	2+	1-2	1-	2+	1	1-	1-	2+	1-2	1	1,6	1,3	1,4 ⬇️
4.	4.	PDOE	07.02.2012	1	1	1	1-	1-	1,2	3	1-2	1,2	3	1-2	1,2	1-2	1	1	3	2	2+	1,0	1,3	1,4 ⬇️
5.	7.	PDLI	22-23.5.2012	2	2	1,2	2	2-3	2+	1-2	2+	1-	1-	1-2	1-	1-2	1-	1-2	2-	2	2+	1,6	1,7	1,5 ⬆️
6.	5.	SZWE	10.01.2012	1	1	1	1	1	1	1-	2-	2-3	1-2	1-2	2	1-2	1-	1	2	2	3	1,4	1,4	1,6 ⬇️
6.	7.	PDWE	11.02.2012	3-	1-2	1	2-3	2+	2	3-4	3+	2-3	2-3	2-	2-3	1-	1-	1	2-3	1-2	1,2	2,3	1,7	1,6 ⬆️
7.	6.	RKWE	27-28.03.2012	1-	1-2	2+	1-2	1-	1-	2+	1-2	3	3	2+	3	1-2	1-2	1-	2-	1-2	2+	1,8	1,5	1,8 ⬇️



## Dokumentation: Übersicht

Pos. 2012 in Bezug auf dieses Kriterium	UB/AF	Ergebnisqualität: Dokumentation			Gesamtbewertung 2012
		2010	2011	2012	
1. ★	KHBE	2+	1-2	1	1,4 ↓
1. ★	SZOE	1-2	1-	1	1,0 =
1. ★	SZWI	1	1-2	1-	1,0 ↑
2. ★	SZKÖ	1-	1-2	1-	1,1 ↑
2. ★	SZFR	2+	1-2	1-	1,1 =
2. ★	RKTR	1-	1-	1-	1,1 =
2. ★	SZMÜ	2	1-	1-	1,2 =
3. ★	PDFR	1-	1-	1-2	1,1 =
3. ★	PDWE	2-3	1-2	1-2	1,6 ↑
3. ★	SZTR	2-	2	1-2	1,1 =
4. ★	PDOE	3	2	2+	1,4 ↓
4. ★	PDLI	2-	2	2+	1,5 ↑
4. ★	RKWE	2-	1-2	2+	1,8 ↓
5. !	SZWE	2	2	3	1,6 ↓

Qualität im DwB 2012, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, 13.9.2012, Andreas Dietel, RLP

Seite 33 von 41



## Dokumentation: POSITIV

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

Qualität im DwB 2012, Bericht zur Konferenz der Führungskräfte, 13.9.2012, Andreas Dietel, RLP

Seite 34 von 41



## Dokumentation: **POSITIV**

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



## Dokumentation: **Verbesserungspotential**

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



## Dokumentation: **Verbesserungspotentiale**

- ⤴ Die **prospektive Festlegung von (Evaluations-)Dokumentationsintervallen** stellt noch keine Selbstverständlichkeit in den Einrichtungen dar – stattdessen Bezug auf ‚Routineintervalle‘ (vierwöchig, 3-monatlich, halbjährlich) (**→ Projekt MCC, 2013**).
- ⤴ **Reduktion / Zusammenführung** der verwendeten **Formulare**.
- ⤴ **Vollständigkeit** der Dokumentation / **Wissen** um Verläufe (RKWE).



## Herzlichen Glückwunsch!

Die **SZKÖ, SZFR, die PDFR, PDOE und PDWE** haben in 2012 das Zertifikat nach **Diakonie-Siegel Pflege**, die **RKTR** und das **KHBE** nach **KTQ** bestätigt.



## Wie geht es weiter?

- ❖ Alle während der ‚Begutachtung zur Systemförderung‘ (Zertifizierung) ausgesprochenen Empfehlungen müssen **bethelweit** bis 2013 entweder umgesetzt oder begründet abgelehnt werden.
- ❖ Einführung **gemeinsamer Formulare, Skalen / Taxonomie im Pflegebereich** (→ Zentrales Projekt 2012).



## Wie geht es weiter?

- ❖ **Umstellung des elektronischen Dokumentationssystems** auf Nachfolgeprodukt MCC.Net: Datenmigration sowie Anpassung aller Module auf Anforderungen des Diakoniewerks. Die an der Patienten- und Bewohnerversorgung beteiligten Berufsgruppen werden besser miteinander vernetzt (→ Zentrales Projekt 2012-2014).



Unser Dank gilt wie immer auch allen  
Mitarbeitern in Ihren Betrieben



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

Stand: 21.08.2012

UB/AF	Noten durch die IR in Medizin und Pflege	Benotung durch den MDK
	2011 / 2012	2010 / 2011 / 2012
SZOE	1,0 ↑	1,0 =
SZWI	1,0 ↑	1,2 ↑
SZFR	1,1 ↑	1,1 ↑
PDFR	1,1 =	1,4 ↓
SZTR	1,1 =	1,2 ↑
SZKÖ	1,1 ↑	1,1 =
RKTR	1,1 ↑	k.B.
SZMÜ	1,2 =	1,1 =
KHBE	1,3 ↑	k.B.
PDOE	1,4 ↓	1,0 ↑
PDLI	1,5 ↑	2,1 ↓
SZWE	1,6 ↓	1,0 ↑
PDWE	1,6 ↑	1,0 =
RKWE	1,8 ↓	k.B.

#### Legende:

k.B. - Keine Benotung durch MDK vorgesehen

Farbskala der DwB-Schulnotenbewertung

## Anhang 4 – Ergebnisse der Mitarbeiterbefragungen im Verlauf 2010 – 2012

	2010		2011		2012	
	Befragungsart MA- Zufriedenheit	Befragungsart BW / Pat.- Zufriedenheit	Befragungsart MA- Zufriedenheit	Befragungsart BW / Pat.- Zufriedenheit	Befragungsart MA- Zufriedenheit	Befragungsart BW / Pat.- Zufriedenheit
SZKÖ	2,4	1,9	2,4	1,9	2,1	1,7
SZFR	1,9	1,7	1,9	<b>1,5</b>	2,8	2,0
PDFR	2,7	1,7	2,7	1,7	2,1	1,6
KHBE	2,7	1,9	2,7	1,9	2,6	2,1
PDLI	2,3	1,6	2,8	1,6	1,8	1,6
SZOE	2,2	2,0	2,2	2,0	2,0	1,8
PDOE	<b>1,5</b>	1,6	1,5	1,6	<b>1,3</b>	1,6
SZWI	2,1	1,7	2,1	1,7	3,3	1,7
RKWE	2,4	1,8	<b>1,4</b>	1,6	2,4	1,7
SZWE	2,6	<b>1,6</b>	2,6	1,6	2,0	1,9
PDWE	2,5	1,8	2,0	1,6	2,1	<b>1,5</b>
RKTR	2,1	1,7	2,1	1,7	1,9	1,8
SZTR	2,1	2,1	2,1	2,1	2,7	1,8
SZMÜ	2,1	2,5	2,1	2,5	2,1	1,9

## Legende:

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