

Diakoniewerk Bethel e.V.
Geschäftsbereich Produkte

Qualität im Diakoniewerk Bethel e.V.
und seinen Beteiligungen

Qualitätsbericht 2008

Andreas Dietel
Dr. Katja Lehmann-Giannotti



DIAKONIEWERK BETHEL

Inhalt

1	EINLEITUNG	1
2	PRÜFUNGSGRUNDLAGEN	2
3	PRÜFUNGS DURCHFÜHRUNG	4
4	PRÜFUNGS ERGEBNISSE	7
4.1	Bauliches, Wohnliches, Orientierung	7
4.1.1	<i>Zusatzleistungen der Einrichtung</i>	7
4.1.2	<i>Wohnraumgestaltung</i>	8
4.1.3	<i>Ausstattung</i>	8
4.1.3.1	Ausstattung der Wohnbereiche	8
4.1.3.2	Ausstattung der Bewohnerzimmer	9
4.1.3.3	Ausstattung für gerontopsychiatrische Bewohner	10
4.1.3.4	Regelungen für den Einzug des Bewohners nach DS Pflege	10
4.1.4	<i>Brandschutz / Gebäude- und Geländesicherheit</i>	10
4.1.4.1	Brandschutz	11
4.1.4.2	Gebäude- und Geländesicherheit	12
4.1.4.3	Medizinprodukte bzw. ‚Pflegehilfsmittel‘	12
4.2	Ordnung, Sauberkeit, Hygiene	13
4.2.1	<i>Hygiene</i>	13
4.2.2	<i>Reinigung</i>	14
4.3	Konzepte und Standards	15
4.3.1	<i>Fachliche Schwerpunkte</i>	15
4.3.2	<i>Konzepte</i>	16
4.3.2.1	Pflegekonzept	16
4.3.2.1.1	<i>Pflegeleitbild</i>	16
4.3.2.1.2	<i>Konzept</i>	16
4.3.2.2	Hauswirtschaftskonzept	17
4.3.2.3	Soziale Betreuung	17

4.3.2.4 Kooperationen.....	18
4.3.2.5 Diakonisches Profil.....	18
4.3.2.5.1 Strukturkriterien:	18
4.3.2.5.2 Angebote für Bewohner und Patienten.....	21
4.3.2.5.3 Angebote für Mitarbeiter.....	22
4.3.2.5.4 Begleitung von Schwerkranken und Sterbenden	22
4.3.3 Standards / Leitlinien	23
4.3.3.1 Medizinischer / pflegerischer Bereich	23
4.3.3.2 Betreuung / Soziale Betreuung	24
4.3.3.3 Technischer Dienst / Hauswirtschaft.....	24
4.4 Pflegerisches, ärztliches und therapeutisches Management.....	25
4.4.1 Ablauforganisation.....	25
4.4.1.1 Erstkontakt / Erstgespräch / Aufnahme.....	25
4.4.1.2 Personaleinsatz.....	26
4.4.1.2.1 Dienstplan / Tourenplan	26
4.4.1.3 Versorgung / Betreuung	27
4.4.1.3.1 Pflegerische Versorgung	27
4.4.1.4 Ernährung	28
4.4.1.5 Medikamentenversorgung.....	30
4.4.2 Qualitätsmanagement.....	31
4.4.2.1 Struktur des Qualitätsmanagements.....	31
4.4.2.2 Maßnahmen der internen Qualitätssicherung.....	32
4.4.2.3 Das Qualitätsmanagementsystem flankierende Fort- und Weiterbildungsmanagement	33
4.4.2.4 Fachliteratur und Fachzeitschriften	34
4.4.2.5 Geregeltes Notfallmanagement	35
4.4.2.6 Umgang mit Beschwerden	35
4.5 Ergebnisqualität: (Pflege)-Zustand von Patienten und Bewohnern...36	
4.6 Ergebnisqualität: Überprüfung der medizinischen Dokumentation ..37	
4.6.1 Vollständigkeit.....	37
4.6.2 Formale und inhaltliche Führung der med. Dokumentation	38
4.7 Die Rezertifizierung des Krankenhauses Bethel Berlin (KHBE) als schmerzfreies Krankenhaus.....	39

4.8	Qualitätsbericht KHBE nach § 137 SGB V.....	39
4.9	Die Zertifizierung der Seniorenzentren, Diakoniestationen und Reha-Kliniken sowie des Krankenhauses	39
4.10	Die Prüfergebnisse nach Schulnoten 2006 bis 2008 in der Synopse	41
5	ZUSAMMENFASSUNG	42
6	AUSBLICK.....	46

1 Einleitung

Das **Gesamtkonzept der Qualitätssicherung** im DwB und seinen UB fußt zum einen auf dem Gedanken, dass so viel Verantwortung wie möglich im Betrieb wahrgenommen wird. Dies wird durch die direkte Qualitätssicherung vor Ort erreicht, z.B. durch interne Audits, Pflegevisiten oder Qualitätszirkel.

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

Im sechsten Jahr der Internen Revision in Medizin und Pflege wird wieder ein zusammenfassender Qualitätsbericht für die Arbeitsfelder (AF) und Unternehmensbeteiligungen (UB) des Diakoniewerk Bethel e.V. (DwB) vorgelegt (siehe auch Qualitätsberichte 2003 - 2007).

Mit dem Instrument der Internen Revision nimmt der Geschäftsbereich Produkte seine Aufgaben der Beratung, Begleitung und Überwachung der Betriebe hinsichtlich der Art und Qualität der Leistungserbringung wahr.

Das Krankenhaus (KH) sowie alle Reha-Kliniken (RK), Seniorenzentren (SZ) und Diakoniestationen (DS) wurden im Zeitraum zwischen dem 23.01.2008 und dem 16.07.2008 einer jeweils mehrtägigen Prüfung durch Andreas Dietel (Leitender Auditor) und Pflegedienstleitungen jeweils anderer UB (als Ko-Auditoren) unterzogen.

Als Grundlage der Prüfungen wurde hauptsächlich der Prüfkatalog des Diakoniesiegel 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) stellt die Entwicklung der 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 vom 10.11. 2005
- geltende MDS-Richtlinien, u.a. zum Pflegeprozess, zur Pflegedokumentation sowie zur Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Als Leitfaden für die Befragung dienen in den Seniorenzentren und Diakoniestationen:

- Auditcheckliste zum Bundesrahmenhandbuch Diakonie-Siegel Pflege Vers. 2
- das MDK-Prüfverfahren
- AOK Prüfkatalog zur Ergänzungsvereinbarung nach § 132 a SGB V für die Berliner Diakoniestationen
- 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 dienten im Krankenhaus und in den Reha-Kliniken:

- die KTQ-Kataloge (Kooperation und Transparenz für Qualität im Krankenhaus) für das Krankenhaus und die Reha-Kliniken
- 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-Siegel Pflege, von KTQ bzw. im MDK-Katalog enthalten waren, dem Prüfverfahren ergänzend hinzugefügt.

3 Prüfungsdurchführung

Die Prüfung erstreckte sich (je nach Größe) i.d.R. über zwei bis drei Tage pro Betrieb. Die Auditoren besuchten die Betriebe in 2008 angemeldet.

Das 2007 zum Teil erprobte Rotationsverfahren, bei dem der leitende Auditor durch einen Ko-Auditor, eine Pflegedienstleitung einer jeweils anderen Einrichtung begleitet wurde, wurde 2008 mit großem Erfolg in die Routine überführt. Künftig werden auch die Ko-Auditoren die Qualitätsmanagementhandbücher (QMB) drei Wochen vor dem Audit zur Durchsicht erhalten, um sich noch stärker 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.

Die Audits zur Zertifizierungsvorbereitung für das Folgejahr dienen der Auseinandersetzung mit dem Bundesrahmenhandbuch Diakonie-Siegel bzw. dem KTQ-Manual und den zu erfüllenden Kriterien. Bereits vorliegende Regelungen werden hinsichtlich der Erfüllung der Erfordernisse überprüft.

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

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

Die Dialoge fanden in einer kooperativen und kollegialen Gesprächsatmosphäre statt, im Vordergrund stand ein lösungsorientierter Ansatz.

Die Revisionsberichte enthalten Empfehlungen und Hinweise und stellen die Arbeitsgrundlage für weitere Verbesserungsmaßnahmen bzw. Maßnahmenkataloge der Einrichtungen dar, aus denen die einzelnen Maßnahmen, die zu ihrer Umsetzung eingeräumten Zeitrahmen und Verantwortlichkeiten ersichtlich sind. Die Maßnahmenkataloge werden in GroupWise gestellt, für die Frau Dr. Katja Lehmann-Giannotti, Bereichsdirektorin des Geschäftsbereiches Produkte und Andreas Dietel, leitender Auditor, das Leserecht besitzen. Seit 2008 werden darüber hinaus alle Berichte erstmals im Internet veröffentlicht, wobei bewohner- und patientenrelevante Daten geschwärzt sind.

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 Heime) 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. Es wurden dabei ausschließlich die Verteilerküchen auf den Wohnbereichen berücksichtigt.

Darüber hinaus erfolgte eine Prüfung der direkten pflegerischen und ggf. ärztlichen Ergebnisqualität bei mindestens 5 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 Bezugs-Pflegefachkräfte vorgestellt und Veränderungen / Fortschritte des Bewohners / Patienten seit seiner Aufnahme auf Grundlage der medizinischen Dokumentation nachvollzogen. Auch in 2008 lag somit der Schwerpunkt im Bereich der Ergebnisqualität.

Im Abschlussgespräch wurde das Prüfungsergebnis ausgewertet und die entsprechend erkannten Stärken und Defizite zusammengefasst. Sofern ein dringender Handlungsbedarf notwendig erschien, wurde dieses im Anschluss besprochen und Maßnahmen, falls erforderlich als detaillierte und datierte Zielvereinbarungen, festgelegt.

Die Prüfgrundlagen und das Prüfverfahren waren mit allen Betrieben abgestimmt und dort auch aus den Vorjahren in allen Einzelheiten bekannt.

4 Prüfungsergebnisse

Nachfolgend werden ausgewählte Kriterien und die dabei erzielten Ergebnisse anhand dargestellt. Die vollständige Beschreibung findet sich in den Revisionsberichten der Unternehmensbeteiligungen.

Farbkodierungen:

sehr gut
gut bzw. Kriterium vorhanden ('Ja')
befriedigend bzw. Verbesserungspotential (VP)
ausreichend
mangelhaft bzw. Kriterium nicht vorhanden ('Nein') bzw. nicht ausreichend (n.a.)

Abkürzungen:

- n.a. = nicht ausreichend
- k.B. = keine Bewertung
- t.n.z. = trifft nicht zu
- Ü = Überarbeitung
- VP = Verbesserungspotential

4.1 Bauliches, Wohnliches, Orientierung¹

4.1.1 Zusatzleistungen der Einrichtung

Es wird unterschieden zwischen Regel- und Zusatzleistungen. Zusatzleistungen müssen von Pflegekasse und Heimaufsicht genehmigt werden. Der Aspekt ist für die Diakoniestationen, das Krankenhaus und die Reha-Kliniken nicht relevant.

	Zusatzleistungen vorhanden	keine Zusatzleistungen
SZFR		keine vereinbart
SZKÖ		keine vereinbart
SZLI		keine vereinbart
SZMÜ		keine vereinbart
SZOE		keine vereinbart
SZTR		keine vereinbart
SZWE		keine vereinbart
SZWI		keine vereinbart

¹ Diakoniestationen: Nur Orientierung

4.1.2 Wohnraumgestaltung

Unter diesem Kapitel werden die im Einrichtungskonzept den Bewohnern garantierten Möglichkeiten verstanden, ihre Zimmer individuell zu gestalten (vgl. Kapitel 4.5, Bewertungen ihres Umfeldes durch Bewohner). Hierzu werden folgende Aspekte bewertet, die für Diakoniestationen, das Krankenhaus und die Reha-Kliniken nicht relevant sind:

- **Individuelle Gestaltung** des Zimmers (Einbettzimmer) bzw. des teilenden Zimmers (Mehrbettzimmer) mit eigenen Möbeln möglich
- **Mitnahme persönlicher Gegenstände** / Erinnerungsstücke ist möglich
- Mitnahme **eigener Wäsche** möglich
- **Abschließbare Schubladen oder Fächer** stehen für jeden Bewohner zur Verfügung

	Gestaltung d. Zimmers	Mitnahme pers. Gegenstände	Mitnahme Wäsche	Schubladen, Schließfächer
SZFR	ja	ja	ja	ja
SZKÖ	ja	ja	ja	ja
SZLI	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja

4.1.3 Ausstattung

4.1.3.1 Ausstattung der Wohnbereiche

Hierunter werden folgende Aspekte zusammengefasst:

- **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
- **Fäkalienspülen** im unreinen Arbeitsraum

	Stufenloser Eingang	Aufzüge	Handläufe	Haltegriffe	Behinder-teng. Bad	Fäkalien-spüle
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZLI	ja	k.B	ja	ja	k.B	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	ja
KHBE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
RKTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja
RKWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja

DSFR	nein	t.n.z.	ja	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
DSLII	ja	nein	nein	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
DSWE	nein	nein	nein	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.

4.1.3.2 Ausstattung der Bewohnerzimmer

- Intakte und erreichbare **Rufanlage**
- **Höhenverstellbare Pflegebetten**
- Fußboden **rutschfest**
- Intakte **Nachtbeleuchtung**
- Allgemeine **Orientierungshilfen** (Beschriftung Speiseraum, WC, etc.)

	Rufanlage	Pflegebetten	Fußboden rutschfest	Nachtbeleuchtung	Allgemeine Orientierung
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja
SZLI	ja	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja

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

DSFR	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	ja
DSLII	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	ja
DSWE	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	ja

4.1.3.3 Ausstattung für gerontopsychiatrische Bewohner

Folgende Kriterien sind auf die Seniorenzentren angewandt worden:

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

	Bewegungs- / Aufenthaltsm.	Milieugestaltung	Angemessene Beleuchtung	Individuelle Orientierungshilfe
SZFR	ja	ja	ja	ja
SZKÖ	ja	k.B.	k.B.	ja
SZLI	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja

4.1.3.4 Regelungen für den Einzug des Bewohners nach Diakonie-Siegel Pflege

Diese Frage wird wiederum ausschließlich auf die Seniorenzentren angewandt:

	ja	nein
SZFR	ja	
SZKÖ	ja	
SZLI	ja	
SZMÜ	ja	
SZOE	ja	
SZTR	ja	
SZWE	ja	
SZWI	ja	

4.1.4 Brandschutz / Gebäude- und Geländesicherheit

In den folgenden Tabellen sind die Kriterien der Anforderungen aus dem Diakonie-Siegel Pflege F 4.3 Brandschutz und F 4.6 Gebäude- und Geländesicherheit in den Kategorien

- **Verfahrensanweisung (VA)** zur Anforderung vorhanden und geeignet

- Begehungen / **Überprüfungen** finden statt
- **Maßnahmenpläne** werden erstellt
- Obligatorische und **regelmäßige Schulungen** finden statt
- Teilnahme (TN) an **Pflichtschulungen** wird **überprüft**

dargestellt.

4.1.4.1 Brandschutz

	VA	regelmäßige Begehungen	Maßnahmen- pläne	Pflicht- schulungen	TN wird überprüft
SZFR	ja	ja	ja	ja	n.a.
SZKÖ	VP	ja	VP	ja	ja
SZLI	ja	ja	VP	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	VP	n.a.

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

DSFR	ja	ja	ja	ja	ja
DSL1	ja	ja	VP	ja	ja
DSWE	VP	ja	VP	VP	n.a.

4.1.4.2 Gebäude- und Geländesicherheit

	VA	regelmäßige Begehungen	Maßnahmenpläne	Pflichtschulungen	TN wird überprüft
SZFR	VP	ja	ja	ja	ja
SZKÖ	n.a.	ja	VP	ja	k.B.
SZLI	VP	ja	VP	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	VP	ja	ja	VP	n.a.

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

DSFR	nein	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
DSLII	nein	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.
DSWE	VP	ja	VP	VP	n.a.

4.1.4.3 Medizinprodukte bzw. ‚Pflegehilfsmittel‘

In der folgenden Tabelle sind die Kriterien der Anforderungen aus dem Diakoniesiegel Pflege F 4.4 Wartungs- und Kontrollsystem in den Kategorien

- **Bestandsverzeichnis** der Medizinprodukte
- **Verfahrensanleitung (VA)** zur Anforderung vorhanden und geeignet
- **Regelmäßige Überprüfungen** finden statt
- **Maßnahmenpläne** werden erstellt
- Obligatorische und **regelmäßige Schulungen** finden statt
- Teilnahme (TN) an **Pflichtschulungen** wird überprüft

dargestellt.

	Bestands- verzeichnis	VA	regelmäßige Prüfungen	Maßnahmen- pläne	Pflichtschulun- gen	TN wird überprüft
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZKÖ	n.a.	ja	ja	ja	ja	ja
SZLI	ja	VP	VP	ja	ja	n.a.
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	k.B.	n.a.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.

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

DSFR	ja	VP	ja	VP	ja	ja
DSLII	ja	ja	ja	ja	ja	ja
DSWE	k.B.	n.a.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.

4.2 Ordnung, Sauberkeit, Hygiene

In den folgenden Tabellen sind die Kriterien der Anforderungen aus dem Diakoniesiegel Pflege F 4.5 Hygiene und K 2.4 Reinigung zugrunde gelegt, hier jedoch in Auszügen dargestellt.

4.2.1 Hygiene

Folgende Aspekte werden in der Tabelle dargestellt:

- **Verfahrensweisung** (VA) zur Anforderung vorhanden und geeignet
- **Begehungen** / Überprüfungen finden statt
- **Maßnahmenpläne** werden erstellt
- Obligatorische und **regelmäßige Schulungen** finden statt
- Teilnahme (TN) an **Pflichtschulungen** wird überprüft
- **Aushang** aktueller **Hygienepläne**

	VA	regelmäßige Begehungen	Maßnahmen- pläne	Pflicht- schulungen	TN wird überprüft	Aushang Hygienepläne
SZFR	VP	VP	ja	VP	ja	VP
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZLI	VP	ja	n.a.	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	VP	ja	ja	ja	ja	ja

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

DSFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja
DSLII	VP	ja	ja	ja	ja	ja
DSWE	nein	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.	k.B.

4.2.2 Reinigung

Für die Güte der Reinigung werden die Kriterien drei Kategorien zusammengefasst:

- **Fußböden** („runde“ Ecken, Staub), Sauberkeit der Verkehrsflächen, Gemeinschaftsräume, Sanitärbereiche, Patienten und Bewohnerzimmer (Pat.- / BW-Zimmer), Verteilerküchen
- **Gerüche** im Wohnbereich und den Bewohnerzimmern
- Allgemeiner **Ordnungszustand**, insbesondere in Gemeinschaftsräumen, Stationsräumen, Fäkalienspülen

	Fußböden	Gerüche	Ordnungszu- stand
SZFR	2	2-3	2
SZKÖ	1-2	2	1-2
SZLI	2	2	1-2
SZMÜ	1-2	2	1-2
SZOE	1	1-2	1-2
SZTR	1	1-2	1-2
SZWE	1-2	2	1-2
SZWI	2	2	1-2

KHBE	2	2-3	1-2
RKTR	2-3	1-2	1-2
RKWE	2	1-2	2

DSFR	2	t.n.z.	1-2
DSLII	2	t.n.z.	1-2
DSWE	2	t.n.z.	2

4.3 Konzepte und Standards

4.3.1 Fachliche Schwerpunkte

Es liegt ein pflegfachlicher Schwerpunkt im Sinne des Gesetzes vor, wenn z.B. mehr als 50 % der Betreuten dementiell erkrankt sind und eine mit den Kassen abgestimmte spezielle Dementenbetreuung erfolgt. Ein pflegfachlicher Schwerpunkt setzt eine umfassende Ausrichtung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität voraus. Ein pflegfachlicher Schwerpunkt ist nicht zwingend vorgeschrieben.

	Schwerpunkte vorhanden
SZFR	nein
SZKÖ	nein
SZLI	nein
SZMÜ	nein
SZOE	nein
SZTR	nein
SZWE	nein
SZWI	nein

KHBE	Perioperative Schmerztherapie, Endoskopie, Endoprothetik
RKTR	Geriatrische Reha, Amb. Angebote Physioth./Ergoth.
RKWE	Geriatrische Reha, Amb. Angebote: Kinderlogopädie /-ergoth.

DSFR	nein
DSLII	nein
DSWE	Niederschwelliges Betreuungsangebot nach §45c SGB XI: Demenzgruppen

4.3.2 Konzepte

4.3.2.1 Pflegekonzept

4.3.2.1.1 *Pflegeleitbild*

Das Diakonie-Siegel Pflege nimmt in K 1.1 Pflegeleitbild, KTQ in 5.11 Entwicklung eines Leitbildes auf dieses Thema Bezug.

In allen Unternehmensbeteiligungen existieren die **Leitbilder**, werden regelmäßig während der **Teamsitzungen**, **Fortbildungen** und zur **Einführung** neuer Mitarbeiter thematisiert und sind den **Mitarbeitern** nachweislich bekannt. In allen Einrichtungen **hängen die Leitbilder aus**, in fast allen auch auf allen **Wohnbereichen / Stationen**.

4.3.2.1.2 *Konzept*

Im Diakonie-Siegel Pflege und in KTQ wird in ‚K 1.2 Pflegekonzept‘ bzw. in 5.1.1 Entwicklung eines Leitbildes / 5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur der Aspekt thematisiert. Überprüft wurde folgende thematische Ausrichtung in den Konzepten:

- Aussagen zum **Pflegemodell**
- Aussagen zum **Pflegesystem**
- Aussagen zum **Pflegeprozess**
- Aussagen zur **innerbetrieblichen Kommunikation**
- Aussagen zum **Qualitätssicherungssystem**
- Aussagen zur **Leistungsbeschreibung**
- Aussagen zur **Kooperation** mit anderen Diensten
- Aussagen zur **räumlichen Ausstattung**
- Aussagen zur **personellen Ausstattung**
- Aussagen zur **sachlichen Ausstattung**
- Mitarbeitern ist **Konzept bekannt**

	Modell	System	Prozess	Kommunikation	QS-System	Leistung	Kooperationen	Ausstattung	Personal	Sachmittel	Bekanntheit
SZFR	ja	ja	n.a.	ja	n.a.	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	VP	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.
SZLI	ja	ja	ja	ja	VP	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	VP	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.
SZOE	ja	ja	ja	ja	VP	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.
SZTR	ja	ja	ja	ja	VP	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.
SZWE	ja	ja	ja	ja	VP	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.
SZWI	ja	ja	ja	ja	VP	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.

KHBE	ja	ja	ja	ja	VP	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.
RKTR	ja	ja	ja	ja	VP	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.
RKW	ja	ja	ja	ja	VP	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.

DSFR	ja	ja	ja	ja	VP	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.
DSLII	ja	ja	ja	ja	VP	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.
DSW	ja	ja	ja	ja	VP	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.

4.3.2.2 Hauswirtschaftskonzept

Ausgewählte Kriterien:

- Aussagen zur Leistungsgestaltung **Verpflegung**
- Aussagen zur Leistungsgestaltung **Reinigung**
- Aussagen zur Leistungsgestaltung **Wäscheservice**
- Aussagen zur **Kooperation** mit anderen Diensten
- Aussagen zur **personellen Ausstattung**
- Ist das **Konzept** zur hauswirtschaftlichen Versorgung den **Mitarbeitern der Pflege bekannt?**
- Ist das **Konzept** zur hauswirtschaftlichen Versorgung den **Mitarbeitern der Hauswirtschaft bekannt?**

2008 wurden keine Bewertungen in diesem Bereich vorgenommen.

4.3.2.3 Soziale Betreuung

Im Diakonie-Siegel Pflege werden in ‚K 3.2 Soziales Betreuungskonzept‘ die Ansprüche an ein Konzept formuliert. Hiervon werden folgende Kriterien tabellarisch aufgeführt:

- **Vollständigkeit** des Konzeptes in Bezug auf die Anforderung K 3.2

- **Kommunikation** des Programms (Aushang an den ‚schwarzen Brettern‘ aller Bereiche, auch für Rollstuhlfahrer und sehingeschränkte Bewohner lesbar)
- **Mitgestaltungsmöglichkeit** der Betreuungsangebote durch die Bewohner
- **Integration der Betreuung** in den Pflegeprozess: Werden Maßnahmen und die Reaktionen im Pflegebericht dokumentiert? Haben die Betreuer / Seelsorger Zugriff auf die Akten, um Ihre Notizen zu dokumentieren?
- **Befragung**: Zufriedenheit der Bewohner mit dem Angebot

	Vollständigkeit des Konzeptes	Kommunikation des Programms	Mitgestaltungsmöglichkeiten	Integration der Betreuung	Zufriedenheit der BW erfragt?
SZFR	VP	VP	k.B.	VP	VP
SZKÖ	VP	VP	k.B.	VP	VP
SZLI	VP	VP	k.B.	VP	VP
SZMÜ	VP	VP	k.B.	VP	VP
SZOE	VP	VP	k.B.	VP	VP
SZTR	VP	VP	k.B.	VP	VP
SZWE	VP	VP	k.B.	VP	VP
SZWI	VP	VP	k.B.	VP	VP

Die soziale Betreuung und die Beratung erscheint in allen Seniorenzentren gut organisiert. Dennoch ließ sich feststellen, dass gerade die Betreuungsleistungen überwiegend nicht in den Pflegeprozess integriert werden und die bestehenden Regelungen nicht ausreichend ausgestaltet sind. Die Dokumentation findet, wenn überhaupt, in Form eines ‚Durchführungsnachweises‘ statt. Die Zufriedenheit mit dem Angebot auf Seiten der Bewohner und Patienten wird überwiegend noch nicht systematisch überprüft.

4.3.2.4 Kooperationen

Da die bis 2007 bestehenden Kooperationen gefestigt wurden und wesentliche Veränderungen nicht zu erwarten waren, ist dieser Aspekt 2008 nicht explizit geprüft worden.

4.3.2.5 Diakonisches Profil

4.3.2.5.1 Strukturkriterien:

Grundsätzlich wird in den Einrichtungen für Folgendes gesorgt:

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

- **Mitarbeitern** der medizinischen/pflegerischen Bereiche wird vermittelt, dass die Bereitschaft zur Wahrnehmung seelsorgerischer Aufgaben von ihnen erwartet wird. Sie sollen über Grundkenntnisse in Bezug auf das Führen von Gesprächen mit religiösen Inhalten verfügen. Hierauf wird auch in den Stellenbeschreibungen Bezug genommen, d.h., sie sind **zur Führung von Gesprächen** religiöser Natur **qualifiziert**.
- Die **Zusammenarbeit** mit anderen **Konfessionen** wird gefördert.
- Die **Zusammenarbeit** mit umliegenden **Gemeinden** wird gesucht und gefördert (**Liste** über die zuständigen Pastoren/Pfarrer und Seelsorger liegt vor).
- **Ehrenamtliche Mitarbeiter** werden geworben und nach einem festen Schema eingearbeitet.
- Diakonische Anforderungen sind in den **Stellen- und Aufgabenbeschreibungen** für Mitarbeiter und Ehrenamtliche hinterlegt.
- Das diakonische Profil ist **Bestandteil der Checkliste** zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter und Ehrenamtlicher.

	Leitbild	Seelsorger vorhanden	MA qualifiziert	Zusammenarb. Konfession	Zusammenarbeit Gemeinden	Ehrenamtliche	Checkliste	Stellenbeschreibungen
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	VP	k.B.	k.B.
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja	VP	k.B.	k.B.
SZLI	ja	ja	ja	ja	ja	VP	k.B.	k.B.
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	VP	k.B.	k.B.
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	VP	k.B.	k.B.
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja	VP	k.B.	k.B.
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	VP	k.B.	k.B.
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.	k.B.

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

DSFR	ja	ja	ja	ja	ja	t.n.z.	k.B.	k.B.
DSLII	ja	ja	ja	ja	ja	t.n.z.	k.B.	k.B.
DSWE	ja	k.B.	ja	ja	ja	ja	k.B.	k.B.

Darüber hinaus werden folgende Kriterien erfragt, die im Katalog des Diakoniesiegels aufgeführt sind:

- Ausstattung der Bewohner- und Patientenzimmer mit dem **Neuen Testament (NT)**
- 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 einen **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 **Angebotsübersicht zur Seelsorge** hängt gut sichtbar und lesbar an allen ‚schwarzen Brettern‘ der Einrichtungen.
- 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. Im Alltag, in den laufenden Dienstbesprechungen sowie in Mitarbeitergesprächen wird es immer wieder aufgenommen. Eine offene Aussprache wird ermöglicht.
- **Spirituelle Bedürfnisse von Patienten und Bewohnern** werden individuell ermittelt und berücksichtigt. Es ist geregelt, durch wen und in welchem Rahmen diese Bedürfnisse erfasst werden. Die Dokumentation erfolgt in der Patienten-/Bewohnerakte.
- Jeder **Mitarbeiter erhält ein Neues Testament** (z.B. in Zusammenarbeit mit dem Gideonbund).
- 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.

	Zimmer - NT	Bibel / Gesangsab.	Fachliteratur	Literaturliste	Angebot Seelsorge	Einstellungsgespr.	Bedürfnisse Pat./BW	MA - Ausstattung	Evaluation
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	VP
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	VP
SZLI	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	VP
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	VP
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	VP
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	VP
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	VP
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	VP

Zimmer - NT	Bibel / Gesangsb.	Fachliteratur	Literaturliste	Angebot Seelsorge	Einstellungsgespr.	Bedürfnisse Pat./BW	MA - Ausstattung	Evaluation
-------------	-------------------	---------------	----------------	-------------------	--------------------	---------------------	------------------	------------

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

DSFR	t.n.z.	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	VP
DSLII	t.n.z.	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	VP
DSWE	t.n.z.	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	VP

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

4.3.2.5.2 Angebote für Bewohner und Patienten

- **Seelsorgerische / diakonische Bedürfnisse** werden im Rahmen der Erstgespräche / bei Aufnahme des Bewohners / Patienten erfragt und dokumentiert.
- **Eine Liste** über die zuständigen **Pastoren/Pfarrer** und Seelsorger liegt vor und hängt aus.
- **Diakonische Angebote** (Andachten und Gottesdienst, Adressen umliegender Gemeinden und deren Veranstaltungsangebote) werden am ‚schwarzen Brett‘ bekannt gemacht.
- **Seelsorgerische Betreuung / Zuwendung / Informationen / Teilnahme an Gottesdienste** wird angeboten bzw. ermöglicht.
- **Die Zufriedenheit** mit dem Angebot wird **regelmäßig evaluiert**.

	Bedürfnisse	Liste Pastoren / Pfarrer	Angebote Gottesd.	Seelsorge / Informationen etc.	Evaluation
SZFR	ja	ja	ja	ja	VP
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	VP
SZLI	ja	ja	ja	ja	VP
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	VP
SZOE	ja	ja	ja	ja	VP
SZTR	ja	ja	ja	ja	VP
SZWE	ja	ja	ja	ja	VP
SZWI	ja	ja	ja	ja	VP

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

DSFR	ja	ja	ja	ja	VP
DSLII	ja	ja	ja	ja	VP
DSWE	ja	ja	ja	ja	VP

4.3.2.5.3 Angebote für Mitarbeiter

Ausgewählte Kriterien:

- 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.
- **Supervision** für MA erfolgt
- **Seelsorgeangebote** für Mitarbeiter, insbesondere auch für Menschen in persönlichen Krisensituationen, werden angeboten und am ‚schwarzen Brett‘ veröffentlicht.
- Um **Abschied** nehmen zu können, wird die Teilnahme von Mitarbeitern an Aussegnungen und Beerdigungen **ermöglicht**.

	TOP Dienstbesprechungen	Teilnahme an int./ ext. Fortbildungen	Supervision	Seelsorgeangebote für MA	Teilnahme an Aussegnungen
SZFR	ja	ja	k.B.	ja	ja
SZKÖ	ja	ja	k.B.	ja	ja
SZLI	ja	ja	k.B.	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	k.B.	ja	ja
SZOE	ja	ja	k.B.	ja	ja
SZTR	ja	ja	k.B.	ja	ja
SZWE	ja	ja	k.B.	ja	ja
SZWI	ja	ja	k.B.	ja	ja
KHBE	k.B.	ja	k.B.	ja	ja
RKTR	k.B.	ja	k.B.	ja	ja
RKWE	k.B.	ja	k.B.	ja	ja
DSFR	ja	ja	k.B.	ja	VP
DSLJ	ja	ja	k.B.	ja	ja
DSWE	ja	ja	k.B.	ja	ja

4.3.2.5.4 Begleitung von Schwerkranken und Sterbenden

Ausgewählte Kriterien:

- **Verfahrensanweisungen** (VA) oder Standards zur Begleitung von Schwerkranken und Sterbenden (auch nachts) 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: Durchführung christlicher Sterbe- und Trauerrituale und Einbeziehung der Heimatgemeinde, wenn gewünscht).

- **Maßnahmen im Todesfall** sind in der Regelung zu Notfällen schriftlich niedergelegt.
- Respektierung **andere 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.
- Die anderen Bewohner und die Angehörigen **erfahren Trost und Unterstützung** / Verstorbene Bewohner werden in der Wohngruppe **verabschiedet**.
- Besondere **Gottesdienste** für Angehörige verstorbener BW
- Die Umsetzung der VA und Standards wird regelmäßig überprüft bzw. **evaluiert**.

	VA	Regelung Notfall	Respekt anderer Religionen	Krankenabendmahl	Utensilien	BW - Trost u. Unterstützung	Gottesdienste für Angehörige	Evaluation
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	VP
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	VP
SZLI	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	VP
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	VP
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	VP
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	VP
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	VP
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	VP

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

DSFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	VP
DSLII	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	VP
DSWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	VP

4.3.3 Standards / Leitlinien

4.3.3.1 Medizinischer / pflegerischer Bereich

Folgende Aspekte wurden überprüft:

- **Einführung** der Nationalen **Expertenstandards (NES)**
- Einrichtungsindividuell erstellte **Pflegestandards** zur Behandlungspflege
- Einführung medizinischer **Leitlinien**
- Einführung **hygienischer Standards**

- **Evaluation** (bei den NES: Audit nach Empfehlung des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP))

	NES	individuelle Pflegegest.	Med. Leitlinien	Hygiene-standards	Evaluation
SZFR	VP	VP	t.n.z.	k.B.	n.a.
SZKÖ	VP	VP	t.n.z.	k.B.	n.a.
SZLI	VP	VP	t.n.z.	k.B.	n.a.
SZMÜ	VP	VP	t.n.z.	k.B.	n.a.
SZOE	VP	VP	t.n.z.	k.B.	n.a.
SZTR	VP	VP	t.n.z.	k.B.	n.a.
SZWE	VP	VP	t.n.z.	k.B.	n.a.
SZWI	VP	VP	t.n.z.	k.B.	n.a.

KHBE	VP	VP	ja *	k.B.	n.a. / ja**
RKTR	VP	VP	k.B.	k.B.	n.a.
RKWE	VP	VP	k.B.	k.B.	n.a.

DSFR	VP	VP	t.n.z.	k.B.	n.a.
DSLII	VP	VP	t.n.z.	k.B.	n.a.
DSWE	VP	VP	t.n.z.	k.B.	n.a.

* Thematisiert wurde das Qualitätsmanagementhandbuch zur Schmerztherapie. Grundlage ist u.a. die medizinische Leitlinie zur ‚Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen‘ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Stand 2007. Das KHBE wurde 2007 als ‚Schmerzfrees Krankenhaus‘ vom TÜV-Rheinland zertifiziert.

** Die NES werden nicht entsprechend den Empfehlungen des DNQP auditiert. Das ‚ja‘ bezieht sich auf die Vorgaben zum ‚Schmerzfrees Krankenhaus‘.

4.3.3.2 Betreuung / Soziale Betreuung

Standards dieses Bereiches werden ab 2009 überprüft.

4.3.3.3 Technischer Dienst / Hauswirtschaft

Gefragt wird, ob in diesen Bereichen Standards umgesetzt wurden und regelmäßig überprüft werden. Die **Hauswirtschaft** wird hier in die Bereiche Speise- und Wäscheversorgung sowie Reinigung unterteilt.

	Technischer Dienst	Speiseversorgung	Wäscheversorgung	Reinigung	Evaluation
SZFR	ja	ja	k.B.	k.B.	ja*
SZKÖ	ja	ja	k.B.	k.B.	ja*
SZLI	ja	ja	k.B.	k.B.	ja*
SZMÜ	ja	ja	k.B.	k.B.	ja*
SZOE	ja	ja	k.B.	k.B.	ja*
SZTR	ja	ja	k.B.	k.B.	ja*
SZWE	ja	ja	k.B.	k.B.	ja*
SZWI	ja	ja	k.B.	k.B.	ja*

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

DSFR	k.B.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	k.B.
DSLII	k.B.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	k.B.
DSWE	k.B.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	k.B.

* Die Antwort bezieht sich auf die Aufgaben des technischen Dienstes, der unterstützt durch externe Berater, die Bereiche Arbeitsschutz, Brandschutz, Gebäude- und Geländesicherheit sowie Wartungs- und Kontrollsystem abdeckt.

4.4 *Pflegerisches, ärztliches und therapeutisches Management*

4.4.1 Ablauforganisation

4.4.1.1 Erstkontakt / Erstgespräch / Aufnahme

- **Verfahrensanweisungen** (VA) vorhanden
- **Checkliste** für den Erstkontakt für Mitarbeiter am Abend, an Wochenenden und Feiertagen ist vorhanden.
- Im **Erstgespräch** werden die für die Pflege, den Sozialdienst relevanten Informationen gesammelt und dokumentiert.
- Die **Weiterleitung** der Informationen an die Bezugspflegfachkräfte vor der Aufnahme ist sichergestellt. Ggf. können geeignete Maßnahmen eingeleitet werden. Die Pflegeplanung beginnt mit dem Erstgespräch.
- **Checkliste Aufnahme:** Am Tag der Aufnahme sind alle notwendigen Vorbereitungen für eine reibungslose Aufnahme abgeschlossen. Der Wohnbereich / die Station ist informiert.
- Die **Aufnahme** erfolgt reibungslos – alle notwendigen Informationen werden erhoben und weitergeleitet (Pflegedienst, Arztdienst, Hauswirtschaft, Therapie, etc.).
- Die **Zufriedenheit** mit dem Ablauf des Erstgespräches / der Aufnahmen (z.B. Wartezeiten?) und mit dem Einleben in die Einrichtung (Seniorenzentren) wird regelmäßig **evaluiert**.

	VA	Checkliste Erstkontakt	Erstgespräch: Info-Sammlung	Weiterleitung	Checkliste Aufnahme	Evaluation
SZFR	ja	VP	k.B.	VP	ja	k.B.
SZKÖ	ja	VP	k.B.	ja	ja	k.B.
SZLI	ja	VP	k.B.	VP	ja	k.B.
SZMÜ	ja	VP	k.B.	ja	ja	k.B.
SZOE	ja	VP	k.B.	ja	ja	k.B.
SZTR	ja	VP	k.B.	ja	ja	k.B.
SZWE	ja	VP	k.B.	ja	ja	k.B.
SZWI	ja	VP	k.B.	ja	ja	k.B.
KHBE	ja	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	ja	k.B.
RKTR	ja	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	ja	k.B.
RKWE	ja	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	ja	k.B.
DSFR	ja	VP	ja	ja	k.B.	k.B.
DSLII	ja	VP	ja	ja	k.B.	k.B.
DSWE	ja	VP	ja	ja	k.B.	k.B.

4.4.1.2 Personaleinsatz

4.4.1.2.1 Dienstplan / Tourenplan

Kriterien eines vollständigen Dienstplans / zusätzlich in den Diakoniestationen: Tourenpläne:

- Dokumentenecht geführt
- Dreizeiligkeit, Vorname, Nachname, Qualifikation
- Soll-/Ist-Abgleich
- Zeitpunkt Gültigkeit und Einsatzort
- Qualifikation
- Umfang Beschäftigung
- Legende
- Datum
- Unterschrift PDL
- Übergabezeiten, Zeiten für Teambesprechungen
- Der Zeitpunkt der Veröffentlichung sollte mindestens vier Wochen vor dem Inkrafttreten betragen.

	Doku- menten- echtheit	Dreizei- ligkeit	Soll-/Ist- Abgleich	Gültigkeit	Qualifi- kation	Umfang Beschäfti- gung	Legende	Datum	Unter- schrift PDL	Über- gabe- zeiten	Veröf- fentli- chung
SZFR	ja	ja	n.a.	n.a.	ja	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.
SZLI	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.

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

DSFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.
DSLII	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.
DSWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.

4.4.1.3 Versorgung / Betreuung

4.4.1.3.1 Pflegerische Versorgung

Bewertet wird, ob die pflegerische Versorgung nach dem System der ganzheitlichen Pflege organisiert ist:

- **Verantwortlichkeit** für Planung, Durchführung und Bewertung der Pflege als Aufgabe für Pflegefachkraft geregelt, bspw. durch die Nationalen Expertenstandards und entsprechende Verfahrensanweisungen
- Personelle **Kontinuität** der pflegerischen Versorgung geregelt
- **Einsatz der Pflegekräfte** (nicht: Pflegefachkräfte) entsprechend Ihrer fachlichen Qualifikation
- **Evaluation** der Pflegeergebnisse (z.B. durch Pflegevisiten und andere Auditformen)

	Verantwortlichkeit geregelt	Personelle Kontinuität	Einsatz der Pflegekräfte	Evaluation
SZFR	n.a.	Ja	Ja	VP
SZKÖ	Ja	Ja	Ja	VP
SZLI	Ja	Ja	Ja	VP
SZMÜ	Ja	Ja	Ja	VP
SZOE	Ja	Ja	Ja	VP
SZTR	Ja	Ja	Ja	VP
SZWE	Ja	Ja	Ja	VP
SZWI	Ja	Ja	Ja	VP

KHBE	VP	Ja	Ja	VP
RKTR	VP	VP	VP	VP
RKWE	VP	VP	VP	VP

DSFR	Ja	Ja	Ja	VP
DSLII	Ja	Ja	Ja	VP
DSWE	Ja	Ja	Ja	VP

4.4.1.4 Ernährung

Speiseplan - Ausgewählte Kriterien:

- **Schriftgröße** ausreichend
- Ansprechend **gestaltet**
- Gut **zugänglich** und mehrfach **öffentlich** aushängend und für Rollstuhlfahrer einsehbar
- **Speiseplan am Bett** bettlägeriger Patienten/Bewohner

	Schriftgröße ausreichend	Gestaltung ansprechend	Aushang / Lesbarkeit	Speiseplan am Bett
SZFR	Ja	Ja	Ja	k.B.
SZKÖ	Ja	Ja	Ja	k.B.
SZLI	Ja	Ja	Ja	k.B.
SZMÜ	Ja	Ja	Ja	k.B.
SZOE	Ja	Ja	Ja	k.B.
SZTR	Ja	Ja	Ja	k.B.
SZWE	Ja	Ja	Ja	k.B.
SZWI	Ja	Ja	Ja	k.B.

KHBE	Ja	Ja	Ja	k.B.
RKTR	Ja	Ja	Ja	k.B.
RKWE	Ja	Ja	Ja	k.B.

DSFR	Ja	Ja	Ja	k.B.
DSLII	Ja	Ja	Ja	k.B.
DSWE	Ja	Ja	Ja	k.B.

Essenszeiten:

- **Ausreichender Zeitraum** zur Nahrungsaufnahme
- **Mittagessen** nicht vor 12 Uhr
- **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

	Zeitraum ausreichend	Essenszeiten (Früh / Mittag / Abend)	Zwischen- und Spätmahlzeiten	Nahrungskarenz
SZFR	Ja	Ja	Ja	k.B.
SZKÖ	Ja	Ja	Ja	k.B.
SZLI	Ja	Ja	Ja	k.B.
SZMÜ	Ja	Ja	Ja	k.B.
SZOE	Ja	Ja	Ja	k.B.
SZTR	Ja	Ja	Ja	k.B.
SZWE	Ja	Ja	Ja	k.B.
SZWI	Ja	Ja	Ja	k.B.

KHBE	Ja	Ja	Ja	k.B.
RKTR	Ja	Ja	Ja	k.B.
RKWE	Ja	Ja	Ja	k.B.

DSFR	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
DSL1	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
DSWE	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.

Getränkeversorgung:

- nachvollziehbare Information der Bewohner über die **Getränkeauswahl** und Bereitstellung
- **Kalt- und Warmgetränke** sind jederzeit verfügbar
- Regelmäßige **Getränkerunden**
- **Getränkestationen**
- Folgende Getränke **stehen mindestens** zur Verfügung: Saft (auch für Diabetiker), Mineralwasser, Kaffee, Milch, Tees

	Information	Getränke jederzeit	Getränke- runden	Getränke- station	Ausreichend Getränke vorhanden
SZFR	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
SZKÖ	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
SZLI	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
SZMÜ	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
SZOE	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
SZTR	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
SZWE	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
SZWI	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

KHBE	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
RKTR	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
RKWE	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

DSFR	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
DSL1	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
DSWE	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.

4.4.1.5 Medikamentenversorgung

Aufbewahrung der Medikamente:

- Werden Medikamente in allen Stationen/Wohnbereichen in **abgeschlossenen Schränken** aufbewahrt?
- Eine **namentliche Kennzeichnung** aller Medikamente und bewohnerbezogenen Verbandstoffe ist, wenn erforderlich, erfolgt.
- Werden Medikamente bei Bedarf im **Medikamentenkühlschrank** gelagert?
- Die Arzneimittel werden ausschließlich anhand der **Dokumentation** gestellt.
- Es liegen **keine ergänzenden Pläne** zum Richten von Arzneimitteln vor.

	Med.-Schrän- ke ab- schließbar	Kennzeich- nung	Lagerung Kühlschrank	Dokumen- tation	Keine ergän- zende Doku- mentation
SZFR	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
SZKÖ	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
SZLI	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
SZMÜ	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
SZOE	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
SZTR	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
SZWE	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
SZWI	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

KHBE	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
RKTR	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
RKWE	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

DSFR	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
DSL	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
DSWE	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.

4.4.2 Qualitätsmanagement

4.4.2.1 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 **Stellebeschreibung** 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‘).
- Zur Überprüfung der Wirksamkeit / der Ergebnisse werden **Ressourcen und Instrumente** von der Einrichtung bereitgestellt (z.B. die Managementbewertung, Checklisten, Protokollvorlagen, Auditpläne, Fragebögen für Mitarbeiter- / Bewohner- / Patienten- / Einweiserbefragungen)

	VA	QMB	Stellenbeschreibung QMB	QMH	Interne Kommunikation	Instrumentarium des QM-Systems
SZFR	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
SZKÖ	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
SZLI	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
SZMÜ	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
SZOE	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
SZTR	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
SZWE	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
SZWI	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
KHBE	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
RKTR	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
RKWE	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
DSFR	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
DSLII	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
DSWE	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

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

- **Verfahrensanweisungen** (VA) zu Teilbereichen des Qualitätsmanagements wurden erstellt (Korrektur- und Vorbeugungsmaßnahmen, Fehlermanagement, Beschwerdemanagement, Vorschlagswesen, Interne Audits, Brandschutz, Arbeitsschutz, Hygienemanagement etc.).
- 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 in allen Teilbereichen	Maßnahmenpläne	QMB als zentrale Instanz der QS	Managementbewertung	Kommunikation der Ergebnisse und Pläne
SZFR	Ja	Ja	Ja	VP	Ja	VP	VP
SZKÖ	Ja	Ja	Ja	VP	Ja	VP	VP
SZLI	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	VP	VP
SZMÜ	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	VP	VP
SZOE	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	VP	VP
SZTR	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	VP	VP
SZWE	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	VP	VP
SZWI	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	VP	VP
KHBE	Ja	Ja	Ja	VP	Ja	VP	VP
RKTR	Ja	Ja	Ja	VP	Ja	VP	VP
RKWE	Ja	Ja	Ja	VP	Ja	VP	VP
DSFR	Ja	Ja	Ja	VP	Ja	VP	VP
DSLII	Ja	Ja	Ja	VP	Ja	VP	VP
DSWE	Ja	Ja	Ja	VP	Ja	VP	VP

4.4.2.3 Das Qualitätsmanagementsystem flankierende Fort- und Weiterbildungsmanagement

- Die **Verfahrensweisung (VA)** zum Fort- und Weiterbildungsmanagement liegt vor).
- Der **Fortbildungs- / Weiterbildungsbedarf** wird regelmäßig in allen **Bereichen** (Pflege-, Arztdienst, Hauswirtschaft, Therapeutischer Dienst etc.) erhoben.
- **Fortbildungspläne** werden auf den **Bedarf** abgestimmt und regelmäßig für alle Bereiche erstellt sowie bekannt gemacht.
- Fortbildungspläne weisen **Fortbildungspunkte** („Freiwillige Registrierung“, „Fortbildungspunkte“, anerkannt durch die jeweilige Landesärztekammer) aus.
- Die Pläne berücksichtigen die **Notwendigkeiten** der Einrichtungen (z.B. Bedarfe, die sich aus den Auditergebnissen ergeben, neue Anforderungen und Fachschwerpunkte) sowie die Wünsche der Mitarbeiter.
- Die Pläne weisen **Schwerpunktthemen** (→ z.B. angelehnt an die Anforderungen der Nationalen Expertenstandards) aus, die systematisch ‚abgearbeitet‘ werden.
- **Pflichtfortbildungen** sind festgelegt.
- Es gibt ein **Fortbildungsbudget** für die / den Verantwortlichen.
- 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).

	VA	Bedarfs- mittlung	FB-Pläne auf Bedarf abgestimmt und veröffentlicht	Pläne berücksich- tigen Notwen- digkeiten und Bedarfe	Schwerpunkt- themen	Pflichtfort- bildungen	Fortbil- dungsbudget	Teilnahme wird über- prüft	Evaluation des Erfolges
SZFR	Ja	k.B.	k.B.	k.B.	VP	Ja	nein	VP	VP
SZKÖ	Ja	k.B.	k.B.	k.B.	VP	Ja	nein	VP	VP
SZLI	Ja	k.B.	k.B.	k.B.	VP	Ja	nein	VP	VP
SZMÜ	Ja	k.B.	k.B.	k.B.	VP	Ja	nein	VP	VP
SZOE	Ja	k.B.	k.B.	k.B.	VP	Ja	nein	VP	VP
SZTR	Ja	k.B.	k.B.	k.B.	VP	Ja	nein	VP	VP
SZWE	Ja	k.B.	k.B.	k.B.	VP	Ja	nein	VP	VP
SZWI	Ja	k.B.	k.B.	k.B.	VP	Ja	nein	VP	VP

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

DSFR	Ja	k.B.	k.B.	k.B.	VP	Ja	nein	VP	VP
DSLII	Ja	k.B.	k.B.	k.B.	VP	Ja	nein	VP	VP
DSWE	Ja	k.B.	k.B.	k.B.	VP	Ja	nein	VP	VP

4.4.2.4 Fachliteratur und Fachzeitschriften

- Eine Auswahl aktueller **Fachbücher** wird für alle Mitarbeiter zugänglich aufbewahrt.
- Mindestens eine periodisch erscheinende **Fachzeitschrift** mit **Umlaufdokumentation** wird für die Einrichtung beschafft.
- Die Fachbücher sind in einer für alle Mitarbeiter zugänglichen **Literaturliste** aufgeführt.

	Fachbücher	Fachzeitschrift	Umlauf	Literaturliste
SZFR	Ja	Ja	Ja	Ja
SZKÖ	Ja	Ja	Ja	Ja
SZLI	Ja	Ja	Ja	Ja
SZMÜ	Ja	Ja	Ja	Ja
SZOE	Ja	Ja	Ja	Ja
SZTR	Ja	Ja	Ja	Ja
SZWE	Ja	Ja	Ja	Ja
SZWI	Ja	Ja	Ja	Ja

KHBE	Ja	Ja	Ja	Ja
RKTR	Ja	Ja	Ja	Ja
RKWE	Ja	Ja	Ja	Ja

DSFR	Ja	Ja	Ja	Ja
DSLII	Ja	Ja	Ja	Ja
DSWE	Ja	Ja	Ja	Ja

4.4.2.5 Geregeltetes Notfallmanagement

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

	VA	Notfallausrüstung	Pflichtfortbildungen	Auswertung	Evaluation
SZFR	Ja	Ja	Ja	VP	VP
SZKÖ	Ja	Ja	Ja	VP	VP
SZLI	Ja	Ja	Ja	VP	VP
SZMÜ	Ja	Ja	Ja	VP	VP
SZOE	Ja	Ja	Ja	VP	VP
SZTR	Ja	Ja	Ja	VP	VP
SZWE	Ja	Ja	Ja	VP	VP
SZWI	Ja	Ja	Ja	VP	VP

KHBE	Ja	Ja	Ja	VP	VP
RKTR	Ja	Ja	Ja	VP	VP
RKWE	Ja	Ja	Ja	VP	VP

DSFR	Ja	Ja	Ja	VP	VP
DSLII	Ja	Ja	Ja	VP	VP
DSWE	Ja	Ja	Ja	VP	VP

4.4.2.6 Umgang mit Beschwerden

- Eine **Verfahrensweisung** (VA) liegt vor.
- Ein **Formular** zur **Beschwerdeerfassung** liegt vor.
- Die **Auswertung** erfolgt systematisch und wird regelmäßig in der Einrichtung präsentiert.
- **Maßnahmenpläne** liegen vor.
- Maßnahmen und Ergebnisse fließen in die **Managementbewertung** ein.
- Die **Umsetzung** der VA wird regelmäßig **evaluiert**.

	VA	Formular Beschwerde- erfassung	Auswertung	Maßnahmen- pläne	Mangement- bewertung	Evaluation
SZFR	VP	Ja	Ja	Ja	VP	Ja
SZKÖ	VP	Ja	Ja	Ja	VP	Ja
SZLI	VP	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
SZMÜ	VP	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
SZOE	VP	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
SZTR	VP	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
SZWE	VP	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
SZWI	VP	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
KHBE	VP	Ja	Ja	Ja	VP	Ja
RKTR	VP	Ja	Ja	Ja	VP	Ja
RKWE	VP	Ja	Ja	Ja	VP	Ja
DSFR	VP	Ja	Ja	Ja	VP	Ja
DSLII	VP	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
DSWE	VP	Ja	Ja	Ja	VP	Ja

4.5 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:

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

Umfeld

- Hygiene des Umfeldes des Pat. / BW (Nasszelle, WC, Mobiliar, Medizingeräte, Hilfsmittel etc.)
- Kleidung
- Gerüche
- Wandschmuck, Bilder, Fotos

Unterkunft und Verpflegung

- Versorgungssituation mit Speisen und Getränken aus Sicht des Pat. / BW

Zufriedenheit des Pat. / BW

- 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	Umfeld	Unterkunft und Verpflegung	Zufriedenheit
SZFR	3	2	3	2
SZKÖ	2	2	2	2
SZLI	2	2	2	2
SZMÜ	2-	2-3	1-2	k.B.
SZOE	2	1-2	2	k.B.
SZTR	2	1-2	k.B.	k.B.
SZWE	2-3	2	k.B.	k.B.
SZWI	2	2	2	k.B.

KHBE	2	2	2	1-2
RKTR	2-3	2	1-2	1-2
RKWE	3-	2	2	k.B.

DSFR	2	1-2	t.n.z.	1-2
DSLII	2	2	t.n.z.	1-2
DSWE	2+	2-3	t.n.z.	1-2

4.6 Ergebnisqualität: Überprüfung der medizinischen Dokumentation

4.6.1 Vollständigkeit

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

1. Stammbblatt
2. Pflegeanamnese / Biografieblatt
3. Pflegeplanung
4. Pflegebericht
5. Leistungsnachweis / -dokumentation
6. Betreuungsplanung bzw. -nachweis
7. Dekubitusrisikoskala / -einschätzung
8. Lagerungsprotokoll
9. Wundprotokoll / -dokumentation
10. Ernährungs- / Trinkprotokoll
11. Sturzrisiko
12. (Förderung der Harnkontinenz)

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

Krankenhäuser zusätzlich:

20. Ärztliches Verlaufsblatt
21. Therapeutisches Verlaufsblatt
22. Befunddokumentation

Die überprüften Akten sind fast ausnahmslos Teil vollständig.

4.6.2 Formale und inhaltliche Führung der medizinischen Dokumentation

Die Überprüfung der Pflegedokumentation konzentriert sich auf die nachvollziehbare Darstellung des Pflegeprozesses in allen seinen Bestandteilen. Vor allem die Entwicklung eines Bewohners / Patienten muss sich anhand der Pflegeplanung und seiner Aus- und Neubewertung nachvollziehen lassen.

Neben dem gegenwärtigen wurde daher nach dem Zustand bei Aufnahme sowie nach ‚Schlüsselereignissen‘ während des Aufenthaltes gefragt, die eine Anpassung der Planung oder eine völlige Neubewertung erforderlich werden ließen. Alle Ereignisse, Befindlichkeiten und Besonderheiten sollten mit Maßnahmen und Überprüfungsintervallen von der zuständigen Pflegefachkraft vorgetragen werden und aus der Dokumentation hervorgehen. Diese Anforderung konnte teilweise erfüllt werden.

Die Dokumentationsqualität hat sich gegenüber dem Vorjahr wesentlich verbessert, weil die Einrichtungen die Dokumentation z.B. bei den regelmäßigen Pflegevisiten und bei anderen Gelegenheiten thematisieren.

	Pflegeplanung, Pflegebericht	Vollständigkeit
SZFR	3	4
SZKÖ	2	1-2
SZLI	2	1-2
SZMÜ	2	2
SZOE	2	1-2
SZTR	2	1-2
SZWE	2-3	2
SZWI	2	1-2

KHBE	2	2
RKTR	2-3	2
RKWE	3	2-3

DSFR	2	1-2
DSLII	2	1-2
DSWE	1-2	1-2

4.7 Die Rezertifizierung des Krankenhauses Bethel Berlin (KHBE) als schmerzfreies Krankenhaus

Durch den TÜV-Rheinland wurde das KHBE nach der Zertifizierung von 2007 dieses Jahr als ‚Schmerzfrees Krankenhaus‘ bestätigt.

4.8 Qualitätsbericht KHBE nach § 137 SGB V

Der gesetzlich geforderte Qualitätsbericht liegt vor und wird für die Neuabgabe vorbereitet.

4.9 Die Zertifizierung der Seniorenzentren, Diakoniestationen und Reha-Kliniken sowie des Krankenhauses

Das Ziel, alle Seniorenzentren, Diakoniestationen und Krankenhäuser einer Zertifizierung nach Diakonie-Siegel Pflege (DSP) bzw. Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ) zu unterziehen, wird 2009 erreicht werden. 2010 – 2012 wird ein erneuter Zertifizierungszyklus durchgeführt und alle UB nach dem bewährten Verfahren der Gruppenzertifizierung (s.u.) rezertifiziert.

2008 erhielten die Seniorenzentren SZMÜ, SZOE, SZTR und SZWE das begehrte Zertifikat. Das SZMÜ und das SZOE unterzogen sich der sog. Tandemzertifizierung, indem sie sich auch nach DIN EN ISO 9001:2000 bewerten ließen.

Alle Betriebe haben viel Energie in die Vorbereitung investiert und eine sehr gute Teamleistung erbracht. Die Auditoren der proCum Cert GmbH, Herr Seisler und Herr

Lukasik, waren wiederum beeindruckt. Ihre Einschätzung spiegelt sich in dem Bericht zur ‚Begutachtung zur Systemförderung‘ wider, welcher neben anderen qualitätsrelevanten Berichten, im Internet veröffentlicht wurde.

Das Verfahren der Zertifizierung ist als Gruppenzertifizierung ausgestaltet, um Kosten zu reduzieren. Zur Rezertifizierung sind Intervalle von 3 Jahren vereinbart, wobei die einzelnen UB als ‚Teilbereiche‘ eines gemeinsamen und betriebsübergreifenden QM-Systems verstanden werden. Das Zertifikat bleibt für das zentrale QM-System und somit für alle Betriebe erhalten, solange jeder Einzelbetrieb als Teilbereich erfolgreich zertifiziert wird.

Die Interne Revision in Medizin und Pflege wurde deswegen im Rahmen der Zertifizierung einer eintägigen Prüfung durch die Auditoren der proCum Cert unterzogen. Der Aufbau des Verfahrens wurde erläutert, alle Unterlagen (auch die Einzelberichte über die Betriebe des DwB) wurden durch die Auditoren untersucht. Der Aufbau wurde für geeignet befunden und die Wirksamkeit der Internen Revision für Medizin und Pflege bestätigt.

Die nächsten Termine sind mit allen Beteiligten gegen Ende des ersten Halbjahres 2009 vereinbart: DSFR, SZFR, SZKÖ und DSWE nach DSP, die beiden Rehakliniken nach KTQ für Reha-Kliniken. Darüber hinaus wird das KHBE nach KTQ rezertifiziert.

Nach jetziger Einschätzung kann dieser Zeitplan beibehalten werden.

4.10 Die Prüfergebnisse nach Schulnoten 2006 bis 2008 in der Synopse

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

Pos. 2008	Pos. 2007	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)		
				06	07	08	06	07	08	06	07	08	06	07	08	06	07	08	06	07	08	06	07	08
1.	2.	SZOE	12.6. - 13.6.2008	3	2 -	2	1 -	1 -	1 -	3 -	3	2	3 -	3 +	2	2,5	1 -	1 -	3,5	3 +	2	2,6	2,0	1,5 ↑
2.	4.	SZTR	24.6. - 25.6.08	3 +	3 +	2	2 +	1 -	1 -	5	4	2,5	4 -	3	2	1 -	1 -	1 -	3 -	3	2	2,7	2,3	1,6 ↑
3.	1.	DSLII	16.4. - 17.4.2008	3 +	3 +	3 +	2 -	1 -	1 -	3 +	2	2 +	2	2	2 +	1	1 -	1 -	3 +	3 +	2	2,1	1,9	1,7 ↑
4.	3.	SZWI	2.4. - 3.4.2008	3	2	2	3	2 +	2 +	2 -	2	2	3 +	2	2 +	2	2 +	2 +	3	2,5	2	2,6	2,1	2,0 ↑
4.	8.	DSFR	8.4. - 10.4.2008	2	2	2	2	2	2	4 -	4 -	2	4 -	4 -	2	2 +	2,5	2	4 -	3	2	2,9	2,9	2,0 ↑
4.	6.	SZKÖ	20.2. - 22.2.08	4 +	4 +	3,5	2	2	1,5	3 -	3	3 +	3	2 -	2	2	2	1 -	3	3 +	2	2,7	2,6	2,0 ↑
5.	5.	SZMÜ	09.6. - 10.6.2008	3 +	3 +	3	2	1,5	1,5	2 -	2 -	2 +	2	2	2 +	2	2	2 +	2 -	4	2 -	2,1	2,4	2,1 ↑
5.	10.	SZWE	26.6. - 27.6.2008	4 +	3 -	2 -	2	2	1,5	4	3	2	4	4	2,5	2 -	3,5	2 -	5	4 +	2,5	3,3	3,3	2,1 ↑
6.	4.	SZLI	5.3. - 6.3.2008	2	2	2	2 +	2 +	2 +	2	2	3	2 +	2	2 +	2	2,5	2	3	3	2	2,1	2,3	2,2 ↑
7.	6.	KHBE	23.1. - 24.1.08	4 -	3 -	2	2 -	2	2	3	3	3 +	3	3 +	3 +	2 -	2	2 +	4 +	3	2	2,9	2,6	2,3 ↑
8.	9.	RKWE	16.7. - 17.7.2008	4 +	4 +	2 -	1 -	2	2	4	4 +	3	4	3	3 +	1,6	2	2	5 +	4	3 -	2,9	3,0	2,4 ↑
9.	7.	DSWE	28.4. - 30.4.2008	3	3	3	3	2	2	5	4 +	3,5	5	4	3	2	2 +	2 +	5	2 +	2 +	3,6	2,7	2,5 ↑
9.	12.	RKTR	14.7. - 15.7.2008	3	4	3	2 +	3	2 -	5	5	3	4 +	5	3	2,5	3,5	2 -	4	5	2,5	3,3	4,1	2,5 ↑
10.	11.	SZFR	12.2. - 14.2.2008	3	3 +	3 +	2 -	3 +	2	3	3	5	3	4	4 -	2 -	4 +	2 +	3	4	3	2,6	3,4	3,0 ↑

5 Zusammenfassung

Seit 2006 beweisen die Bethel-Einrichtungen durch erfolgreiche Zertifizierungen nach ‚Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen‘ (KTQ) und dem ‚Diakonie-Siegel Pflege‘ (DSP), dass ihre Qualitätsmanagementsysteme den Anforderungen einer Zertifizierung gewachsen sind.

Zertifiziert wurden in 2008 die Seniorenzentren SZMÜ, SZWE, SZTR und SZOE nach Diakonie-Siegel Pflege in der Version 2.0, wobei die Seniorenzentren SZMÜ und SZOE sich auch nach DIN EN ISO 9001:2000 prüfen ließen. Das KHBE wurde als „Schmerzfrees Krankenhaus“ rezertifiziert.

Dieses Jahr entschloss sich der Vorstand vor dem Hintergrund der öffentlichen Debatten um Qualität und Transparenz zu einem wichtigen Schritt: Alle qualitätsrelevanten Berichte sollen nicht nur intern diskutiert und bearbeitet, sondern auch für die interessierte Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden. Demzufolge stellten die Einrichtungen seit dem 1.1.2008 alle Berichte der Internen Revision, Berichte der Heimaufsicht und des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) sowie Bewohner-/Patientenumfragen ins Internet.

Auch intern hat sich das Verfahren der Revision verändert: Die in 2008 erstmalige Begleitung der Internen Revision durch einen ‚Ko-Auditor‘, einer Führungskraft der 2. Ebene, die einer jeweils anderen Einrichtung angehört als der auditierten, ist durchweg auf positive Resonanz gestoßen.

Die Bewertungen der Ergebnisse der Revisionen wurden, in der Sache zwar stringent, aber stets in einem kollegialen und fachlichen Dialog zwischen den betreffenden Führungskräften und der Auditorengruppe durchgeführt. Dabei ist der Kreis der Beteiligten aufseiten der Einrichtungen ständig gewachsen. Möglichst viele Mitarbeiter, die an der Qualitätsarbeit ihrer Einrichtung beteiligt sind, wurden in die Dialoge eingeschlossen. Zur Abschlussveranstaltung waren alle Mitarbeiter willkommen.

Die im ersten Abschnitt des vierten Kapitels – **Bauliches, Wohnliches, Orientierung** - dargestellten Ergebnisse zeigen, dass die Vorjahresergebnisse wieder eingestellt wurden. Viele Einrichtungen verstärken Ihre Bemühungen in Bezug auf die Gestaltung der Räumlichkeiten, der Flure, Bäder und Zimmer (z.B. SZMÜ, SZOE, SZWI, RKWE, SZKÖ).

Im Bereich des Arbeits- und Brandschutzes sowie der Gebäude- und Geländesicherheit bestehen vor allem in der konsequenten Umsetzung des ‚PDCA-Zyklus‘ Verbesserungspotenziale. Maßnahmenpläne werden noch nicht immer konsequent geführt und deren Ergebnisse überprüft. Pflichtfortbildungen zu diesen Themen werden zwar in allen Unternehmensbeteiligungen (UB) geplant, die Teilnahme wird jedoch teilweise nicht dahin gehend überprüft, dass Mitarbeiter, die nicht teilnahmen, für Nachschulungen eingeteilt werden (**vgl. Kap. 4.1**).

Im Kapitel ‚Ordnung, Sauberkeit, Hygiene‘ stehen vor allem das Hygienemanagement und – als Teil der Hauswirtschaft – die Reinigung im Fokus. Alle UB haben in der Bewertung ein sehr gutes bis gutes Ergebnis erzielt, sodass fraglich ist, ob sich das Niveau in 2009 insgesamt steigern lässt. Nur Details, wie in einigen UB die regelmäßige Pflege auch der Fensterjalousien und des Sonnenschutzes, können noch verbessert werden (**vgl. Kap. 4.2**).

Die Erfahrungen, die das Diakoniewerk Bethel im Zuge der Zertifizierungen gewonnen hat, spiegeln sich in weitgehend vollständigen Pflegekonzepten sowie in der Praxis gelebten Anforderungen des Diakonischen Profils wider (**vgl. Kap. 4.3.2.1 und 4.3.2.5**).

Die Qualitätsmanagementhandbücher liegen nun in fast allen UB vollständig vor und sind weitgehend aktuell. Da die Handbücher überwiegend sehr umfangreich gestaltet sind, muss sich nun zeigen, ob sie in dieser Form praxistauglich sind oder ‚abgespeckt‘ werden sollten.

Gleichzeitig ist ersichtlich, dass bei dem hohen Tempo der Umsetzung der Qualitätsanforderungen Kompromisse eingegangen wurden: Beispielsweise sind die Konzepte der Sozialen Betreuung, der Hauswirtschaft und des Sozialdienstes und deren Erfolgskontrolle sowie die Einführung und systematische Auditierung der Nationalen Expertenstandards noch nicht abgeschlossen. Das Verbesserungspotenzial wird in 2009 stärker thematisiert (**vgl. Kap. 4.3.2.3 und 4.3.3.1 ff.**).

Im Bereich des **pflegerischen / ärztlichen / therapeutischen Managements** haben sich die Erfahrungen der letzten Jahre ebenso in positiven Trends niedergeschlagen wie im Bereich der Konzepte und Standards. Strukturen und Abläufe haben sich wei-

terentwickelt. Beispielsweise sind Dienstpläne, bis auf eine Ausnahme, nachvollziehbar. Die Basis der Qualitätsarbeit hat sich gefestigt und verbreitert.

Im Bereich der Überprüfung und Anpassung - des ‚Check‘- und ‚Act‘-Schrittes des PDCA-Zyklus - gibt es jedoch in vielen UB Verbesserungsbedarf. So hat sich beispielsweise überall das Fort- und Weiterbildungsmanagement etabliert, die Überprüfung der Teilnahme, der Kosten und des Erfolges sowie die Nutzung der Daten für die Managementbewertung ist jedoch noch nicht selbstverständlich.

Im Bereich der ‚Nationalen Expertenstandards‘ gibt es viele Verbesserungspotenziale: Die Prozesse müssen einrichtungsspezifisch ausformuliert und Verantwortlichkeiten eindeutig festgelegt werden. Dokumentationsintervalle müssen sich an dem individuellen Risiko des Patienten / Bewohners orientieren und die Audits gemäß Expertenstandards (Stichprobenverfahren, Bewohner- und Mitarbeiterbefragung nach Leitfaden u.ä.) durchgeführt werden.

Qualitätssichernde Elemente (Systemaudits, Bewohneraudits nach MDK-Richtlinien, Audits nach Expertenstandards, Pflegevisiten etc.) sollten stärker aufeinander abgestimmt werden und sich ergänzen. Durch die Einführung der konzernweiten Kennzahlen sowie durch die Routinisierung der Managementberichte sind für 2009 positive Veränderungen zu erwarten (**vgl. Kap. 4.4**).

Die Überprüfung der **Ergebnisqualität** des **(Pflege-)Zustandes** der Bewohner und Patienten ist durchweg gut bis befriedigend ausgefallen. Keine Bewertungen zur Zufriedenheit der Bewohner oder Patienten konnte vorgenommen werden, wenn es sich um durchweg in der Alltagskompetenz eingeschränkte Menschen handelte (**vgl. Kap. 4.5**).

Die **Ergebnisqualität der Dokumentation** war, bis auf eine Ausnahme gut bis befriedigend und hat sich insgesamt gegenüber dem Vorjahr verbessert (**vgl. Kap. 4.6**).

Die während der Begutachtungen der Bewohner / Patienten befragten Bezugspflegefachkräfte waren durchweg gut in der Lage, ‚ihre‘ Bewohner / Patienten anhand der Akten vorzustellen.

Veränderungen des Zustands seit der Aufnahme ließen sich jedoch nicht immer nachvollziehen, da gerade im papiergestützten Bereich Unterlagen archiviert werden

und Informationen nicht mehr zeitnahe zu beschaffen und daher auch nicht selbstverständlicher Teil der Fallbesprechungen sind. Daher wurde empfohlen, alle Bewohner / Patienten regelmäßig zu visitieren, den aktuellen Stand zu erheben und die Daten in einem Anamneseblatt vorzuhalten, dass nicht archiviert wird.

Ein Projekt zur Weiterentwicklung und Verbesserung der medizinischen Dokumentation wurde Mitte 2008 in einer UB begonnen. Erfahrungen werden in der zweiten Hälfte 2009 ausgewertet und Verbesserungen bethelweit in die Praxis überführt.

Insgesamt haben sich die UB in der Bewertung nach Schulnoten verbessert und sind ‚enger‘ zusammengerückt.

6 Ausblick

Die Prüfung der Betriebe im Rahmen der internen Revision in Medizin und Pflege wird auch 2009 modifiziert. 2008 wurde erstmals das moderierte Rotationsverfahren praktiziert, bei dem die Führungskräfte der 2. Führungsebene gegenseitig als Ko-Auditoren tätig wurden. 2009 bekommen die Ko-Auditoren die Qualitätsmanagementhandbücher der auditierten Einrichtung zur Einsicht, damit sie sich noch intensiver in den Revisionsprozess einbringen können.

Das moderierte Rotationsverfahren wurde sehr positiv aufgenommen und hat zur Vertrauensbildung beigetragen. Insofern wird die Möglichkeit, einen Einblick in die Unterlagen der jeweils anderen UB nehmen zu können, die Vertrauensbildung weiter vertiefen.

2009 werden alle Einrichtungen ein Zertifizierungsverfahren durchlaufen haben. Die Erfahrungen mit dem Aufbau und der Entwicklung eigener Managementsysteme, der Prüfung durch die Interne Revision und dem Durchlaufen eines erfolgreichen Zertifizierungsprozesses haben zu einer Stärkung der einrichtungsindividuellen Qualitätsmanagementsysteme geführt.

Die Interne Revision wird daher zunehmend auf Kernprozesse, Stärken und Verbesserungspotenziale sowie auf Kennzahlen und Managementbewertungen fokussieren können, wobei die reine Dokumentationsprüfung der QM-Literatur tendenziell an Bedeutung verlieren und in den Hintergrund rücken wird.

Ziele stellen nach der erfolgreichen Aufbauphase nun die Konsolidierung und Verschlinkung der betriebsinternen Qualitätsmanagementsysteme sowie der dauerhafte Erhalt der Zertifizierungen im Rahmen der Gruppensertifizierung dar. Darüber hinaus wird die gegenseitige Annäherung der QM-Systeme und die Übernahme erfolgreicher Prozesse vom jeweils anderen Betrieb angestrebt.

Berlin, 30.10.2008

Andreas Dietel

Dr. Katja Lehmann-Giannotti