

# KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog1.0 für Pflege

<b>Einrichtung:</b>	Ambulante Pflege Helfende Hände
<b>Institutionskennzeichen:</b>	MDZ - Amb. Pflege Nauen: 461210051 MDZ - Amb. Pflege Rathenow: 461210120 MDZ - Amb. Pflege Premnitz: 461211449
<b>Anschrift:</b>	Ketziner Straße 19, 14641 Nauen Forststraße 19, 14712 Rathenow Gerhard-Hauptmann Straße 1, 14727 Premnitz
<b>Ist zertifiziert nach KTQ<sup>®</sup> mit der Zertifikatnummer:</b>	2018-0050 PFVN
<b>durch die KTQ-GmbH, Berlin</b>	
<b>Gültig vom:</b>	29.06.2018
<b>bis:</b>	28.06.2021

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Vorwort der KTQ®</b>	<b>3</b>
<b>Vorwort der Einrichtung</b>	<b>5</b>
<b>Die KTQ-Kriterien</b>	<b>6</b>
1 Bewohnerorientierung	7
2 Mitarbeiterorientierung	10
3 Sicherheit	11
4 Informationswesen	13
5 Führung	14
6 Qualitätsmanagement	15

## Vorwort der KTQ<sup>®</sup>

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren ist ein spezifisches Zertifizierungsverfahren des Gesundheitswesens für die Bereiche Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Hospize, alternative Wohnformen, Krankenhaus, Arztpraxen, MVZ, Pathologische Institute, Rehabilitationskliniken und Rettungsdienstleistungen.

Gesellschafter der KTQ<sup>®</sup> sind die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR).

Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

Die Verfahrensinhalte, insbesondere der KTQ-Katalog, wurde hierarchie- und berufsgruppenübergreifend in konstruktiver Zusammenarbeit zwischen der KTQ-GmbH und Praktikern aus dem Gesundheitswesen entwickelt und erprobt. Im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses werden die Kataloge entsprechend weiterentwickelt.

Mit dem freiwilligen Zertifizierungsverfahren und dem damit verbundenen KTQ-Qualitätsbericht bietet die KTQ<sup>®</sup> somit Instrumente an, die die Sicherung und stetige Verbesserung der Qualität in Einrichtungen des Gesundheitswesens für die Öffentlichkeit darstellen.

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen Kriterien, die sich auf

- die Bewohnerorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- die Sicherheit,
- das Informationswesen,
- die Führung und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich die Einrichtung zunächst selbst beurteilt. Anschließend wurde durch ein mit Experten besetztes Visitorenteam eine externe Prüfung der Einrichtung – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren<sup>®</sup> gezielt hinterfragt und durch Begehungen der Einrichtung überprüft.

Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde der Einrichtung das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Mit dem KTQ-Qualitätsbericht werden umfangreiche, durch die Fremdbewertung validierte, Informationen über die betreffende Einrichtung in standardisierter Form veröffentlicht.

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung, die Strukturdaten, sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 51 Kriterien des KTQ-Kataloges.

Wir freuen uns, dass der **Ambulante Pflegedienst Helfende Hände** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Bewohnern und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

Die Qualitätsberichte aller zertifizierten Einrichtungen sind auch auf der KTQ-Homepage unter [www.ktq.de](http://www.ktq.de) abrufbar.

**Dr. med. B. Metzinger, MPH**

Für die Deutsche Krankenhausgesellschaft

**Dr. med. G. Jonitz**

Für die Bundesärztekammer

**F. Wagner**

Für den Deutschen Pflegerat

## Vorwort der Einrichtung



# MEDIZINISCHES DIENSTLEISTUNGSZENTRUM HAVELLAND KLINIKEN UNTERNEHMENSGRUPPE

Die Havelland Kliniken Unternehmensgruppe als Kompetenzzentrum für Medizin, Gesundheit und Pflege in der Region unterhält Einrichtungen verschiedener Versorgungsstufen unter gemeinsamer Trägerschaft. Im Hinblick auf den Ausbau vernetzter Strukturen innerhalb der HKU zur Standardisierung von Regelungen und Prozessbeschreibungen mit übergreifender Geltung sowie zur Weiterentwicklung eines einheitlichen „QM-Verständnisses“, haben sich die Einrichtungen einer vernetzten Verbundzertifizierung nach dem KTQ Verfahren gestellt.

Die Zusammenarbeit mit anderen Gesellschaften der Unternehmensgruppe – der Havelland Kliniken GmbH, der Wohn- und Pflegezentrum Havelland GmbH, der Medizinisches Dienstleistungszentrum Havelland GmbH, der Gesundheitszentrum Premnitz GmbH, der Gesundheitsservicegesellschaft Havelland, dem Rettungsdienst\* des Landkreises, der Sozialen Betreuungsgesellschaft Havelland mbH und der Ausbildungszentrum Gesundheit und Pflege Havelland GmbH – ermöglicht eine wirksame Koordination der Aktivitäten. Weitere Kooperationen existieren in den Bereichen der Radiologie, des Labors und der medizinischen Zentren sowie zu niedergelassenen Ärzten, Sozialstationen, Pflegeheimen und Hospizen.

Die Havelland Kliniken Unternehmensgruppe als Kompetenzzentrum für Medizin, Gesundheit und unsere häusliche Pflege ermöglicht Patientinnen und Patienten ein selbstständiges Leben in Ihrer persönlichen Umgebung. Dort werden sie durch unsere gut ausgebildeten Pflegekräfte liebevoll betreut. Im Team der ambulanten Pflege arbeitet erfahrenes Stammpersonal, welches nicht nur Pflegeleistungen im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten anbietet, sondern nach Absprache auch individuelle Privatleistungen.



Im Rahmen der Palliativversorgung werden Patienten mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden bzw. weit fortgeschrittenen Erkrankung betreut, um die letzte Lebensphase würdevoll zu gestalten. Verantwortlich dafür ist unser Palliativ Team Brandenburg / Havelland; ein Zusammenschluss von Palliativmedizinern der Havelland Kliniken GmbH, niedergelassenen Ärzten, kooperierenden Pflegediensten, vertraglich gebundenen Apotheken, ehrenamtlichen Hospizdiensten und stationären Hospizen sowie Seelsorgern und Psychotherapeuten. Das Palliativteam ist auch Kooperationspartner der Tumorzentren der Havelland Kliniken. Derzeit gibt es drei regional organisierte Teams: Rathenow und westliches Havelland, Nauen und östliches Havelland sowie Brandenburg an der Havel.



\* Nicht Teil dieser KTQ-Zertifizierung

# Die KTQ-Kriterien

für das Nebenverfahren Pflege 1.0  
in der vernetzten Zertifizierung mit den  
Hauptverfahren Havelland-Kliniken  
KTQ-Katalog 2015

# 1 Bewohnerorientierung

## 1.1 Organisation der Aufnahme

### 1.1.1 Vorbereitung der Aufnahme

*Die Einrichtung bereitet eine an den Bedürfnissen des Bewohners orientierte Aufnahme vor.*

Die Vorbereitung der Aufnahme ist durch ein umfangreiches Beratungs- und Informationsangebot gekennzeichnet. Die Bedürfnisse und Wünsche sowie geplanten Leistungen aus dem Erstgespräch werden genutzt, ein Angebot für den Kunden zu erstellen. Pflegegrad und Informationen über das Krankheitsgeschehen werden dabei berücksichtigt. Es erfolgt eine Überprüfung notwendiger Hilfsmittel und der Häuslichkeit. Verschiedene Informationsmöglichkeiten (Website, Flyer, Marketing) sind vorhanden. Zur Feststellung der Zufriedenheit der Kunden, kommen Fragebögen zum Einsatz.

### 1.1.2 Gestaltung der Aufnahme

*Die Einrichtung gestaltet eine an den Bedürfnissen des Bewohners orientierte Aufnahme.*

Nach festgelegten Arbeitsanweisungen wird ein ausführlicher Aufnahmebericht verfasst, so dass in der Pflegedokumentation sofort die wichtigsten Informationen zum neuen Kunden sichtbar sind. Die Mitarbeiter werden durch die Pflegedienstleitung informiert, sobald die Vorabsprachen zur Aufnahme getätigt wurden. Wichtige Informationen über die körperliche, geistige und pflegerische Verfassung werden, soweit dies in Erfahrung gebracht werden konnte, umgehend weitergeleitet.

## 1.2 Organisation und Durchführung der individuellen Pflege

### 1.2.1 Erhebung der Anamnese/Biografie

*Für jeden Bewohner wird ein physischer, psychischer und sozialer Status erhoben, der die Grundlage für die weitere Pflege und Betreuung darstellt.*

Von Beginn an ist die Anamnese- und Biografiearbeit fester Bestandteil der pflegerischen Versorgung. Die Anamnese gehört zur pflegerischen Aufnahme. Die Biografiearbeit ist ein fortlaufender Prozess und beruht auf der freien Entscheidung des Kunden, wann, wem und was er über sein Leben erzählen möchte. Auf speziellen Formularen wird dokumentiert, welche Erkenntnisse aus der Biografiearbeit gewonnen werden konnten und wie diese für die weitere Pflegeplanung zu nutzen sind.

### 1.2.2 Essen und Trinken

*Bei der Ernährung werden die Erfordernisse, Bedürfnisse und Wünsche der Bewohner berücksichtigt.*

In der amb. Pflege obliegt die Sicherstellung der Ernährung in Hinblick auf die Versorgung mit ausreichender Flüssigkeit und Nahrung der zuständigen Pflegedienstleitung. Grundlage bildet der Expertenstandard. Die Klienten entscheiden selbst was und wo sie die Mahlzeiten von den Pflegekräften serviert bekommen. Zu festgelegten Evaluationsterminen und bei Zustandsveränderungen erfolgt jeweils eine Beurteilung und Anpassung des aktuell notwendigen Unterstützungsbedarfes.

### 1.2.3 Planung und Durchführung einer aktivierenden Pflege

*Es erfolgt eine individuelle, auf die Ressourcen des Bewohners ausgerichtete aktivierende Pflege.*

Der Einrichtung liegt ein Pflegekonzept zugrunde, welches an allen Standorten gültig ist. Die Konzeption liegt den Aufsichtsbehörden vor und wird im Rahmen von Überprüfungen zur Beurteilung der Pflegeprozesse und konzeptionell festgelegter Maßgaben herangezogen. Die Pflegeplanungen werden von den jeweils zuständigen Pflegekräften erstellt. Sie tragen die Verantwortung für die Umsetzung der Pflege in ihren Zuständigkeitsbereich. Die Zielerreichung wird in regelmäßigen Pflegevisiten überprüft. Mit der Umstellung auf SIS am Standort Premnitz erfolgte eine Fokussierung auf die aktuellen Bedürfnisse des Kunden.

### 1.2.4 Leitlinien/Standards

*Die Einrichtung gewährleistet die strukturierte Einführung und Umsetzung von Leitlinien/Standards.*

Die Pflegedienstleitung sind beauftragt, alle für die Umsetzung des Pflegeprozess relevanten Richtlinien, Arbeitsanweisungen und Standards so aufzubereiten, dass sie dem aktuellen pflegewissenschaftlichen Stand entsprechen und den Mitarbeitern vermittelt und zugänglich gemacht werden. Eine übergreifende Qualitätsbeauftragte ist benannt. Eine übergeordnete AG ist implementiert, in der alle Pflegestandards vereinheitlicht werden. Vorschläge die sich aus dem praktischen Arbeitsalltag der Mitarbeiter(MA) entwickeln, werden aufgegriffen und mit einbezogen. Im Rahmen von Mitarbeiter-Vorgesetzten-Gesprächen können Defizite in der Umsetzung von Standards erkannt und durch fachliche Anleitung korrigiert werden. Die MA fahren regelmäßig zu externen Fortbildungen.

### 1.2.5 Spezifische Betreuung bei Menschen mit gerontopsychiatrischer Beeinträchtigung

*Die Einrichtung gewährleistet eine adäquate soziale Betreuung.*

In der amb. Pflege sind Alltagsbegleiter nach § 45 b SGB XI tätig. Deren Arbeit basiert auf einer Kooperation mit Agentur für bürgerschaftliches Engagement. Darüber hinaus werden zusätzliche Betreuungsleistungen angeboten. In den Pflegestandards finden die Pflegekräfte konkrete Handlungsanleitungen. Alle Mitarbeiter haben im Rahmen der innerbetrieblichen Fortbildung die Möglichkeit Schulungen zu besuchen.

### 1.2.6 Kooperationen mit internen und externen Partnern

*Die Bewohnerorientierung erfolgt in effizienter Zusammenarbeit mit den Beteiligten.*

Die ärztliche Versorgung ist nach dem Hausarztprinzip organisiert. Der Patient hat die freie Wahl bzgl. Arzt, Apotheke, Sanitätshaus etc. Der amb. Pflegedienst handelt nach der Antikorruptions-Richtlinie und bietet dem Patienten mehrere Möglichkeiten an. Im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung finden mit einzelnen Hausärzten regelmäßige Treffen statt, um die Versorgungssituation zu besprechen und abzustimmen. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit der Tagespflege. Standards zur Notfallintervention sind vorhanden.

### 1.2.7 Pflege Sterbender

*Sterbende werden unter Berücksichtigung der individuellen Wünsche und der möglichen Einbeziehung der Angehörigen gepflegt.*

Für die Begleitung von Bewohnern in der letzten Lebensphase liegt eine Regelung vor, die Mitarbeitersensibilisierung und -fortbildung ist angewiesen. Die Konzeption be-



schreibt konkret, wie mit den einzelnen Personengruppen im Sterbeprozess umgegangen werden soll. Neben der Konzeption existieren Standards, die die praktische Umsetzung notwendiger Schritte zur Pflege Sterbender und zur Versorgung Verstorbener beschreiben. Supervision für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung für Fachkräfte ist als regelmäßiges Instrument festgelegt. Für den Umgang mit Palliativpatienten regelt eine Arbeitsanweisung die Nutzung eines Notfallbogens.

### 1.3 Organisation von zusätzlichen Angeboten

#### 1.3.1 Erhebung zusätzlicher Bedürfnisse

*Die Einrichtung gewährleistet zusätzliche Angebote.*

Zusätzliche Bedürfnisse werden bei Aufnahme und dann fortlaufend erhoben. Für Zusatzleistungen erfolgen individuelle Absprachen, die dann in der Tourenplanung berücksichtigt werden. Die Biografiebögen werden fortlaufend bearbeitet und mit Informationen angereichert. Im Aufnahmegespräch wird ein Flyer über ehrenamtliche Tätigkeit ausgegeben.

#### 1.3.2 Einsatz von Ehrenamtlichen

*Gewinnung, Befähigung und Koordination des Einsatzes von Ehrenamtlichen*

Wesentlich ist die direkte Zusammenarbeit mit der Agentur für bürgerschaftliches Engagement im Landkreis, dessen Träger eine Gesellschaft der Havelland Kliniken Unternehmensgruppe ist. Der Einsatz der Ehrenamtlichen wird in Abstimmung mit der zuständigen Pflegedienstleitung koordiniert. In der Häuslichkeit wird eine Einzelbetreuung fokussiert. Die Koordination erfolgt über die Agentur. Die Ehrenamtlichen stehen im direkten Kontakt zur Koordinatorin. Veranstaltungen und Schulungen werden über die Agentur organisiert.

## 2 Mitarbeiterorientierung

### 2.1 Personalplanung

#### 2.1.1 Vorhaltung des Personals im Rahmen gesetzlicher Vorschriften

*Die Personalplanung umfasst die Bereitstellung einer angemessenen Zahl an entsprechend qualifizierten Mitarbeitern.*

Die Personalplanung erfolgt auf der Grundlage des Wirtschaftsplanes, der Besetzungsvorgaben, gesetzlicher Regelungen und der Leistungsentwicklung. Die Pflegedienstleitung (PDL) berücksichtigt die Leistungsangebote nach Qualifikation der Mitarbeiter. Die Personalbemessung erfolgt anhand der bestehenden Betreuungsverträge. Die Fachkraftquote ist durch die Anforderungen an Pflegeeinrichtungen gemäß SGB XI geregelt. Verantwortlich für die Sicherung der Dienstorganisation ist die Pflegefachkraft. Die Pflegedienstleitung überwacht die Gesamtsituation und kann bei kurzfristigen Engpässen reagieren.

### 2.2 Personaleinsatzplanung

#### 2.2.1 Sicherstellung der Personalpräsenz

*Die Einrichtung betreibt eine bedarfsgerechte Personaleinsatzplanung.*

Verantwortlich für die Organisation einer bedarfsgerechten Personaleinsatzplanung sind die zuständigen Pflegedienstleitungen. Die Verantwortlichkeit zur Sicherung der Dienstorganisation liegt bei der zuständigen Pflegefachkraft. Die ist im SGB XI klar definiert. Im Rahmen vom Mitarbeitervorgesetztengespräch kann der Vorgesetzte die persönliche Eignung des Mitarbeiters nach fachlichen, persönlichen und sozialen Gesichtspunkten evaluieren. Die Pflegedienstleitungen überwachen die Personalgesamtsituation in ihrem Zuständigkeitsbereich und können so bei kurzfristigen Engpässen reagieren.

## 3 Sicherheit

### 3.1 Gewährleistung einer sicheren Umgebung

#### 3.1.1 Verfahren zur Gewährleistung einer sicheren Umgebung

*Die Einrichtung gewährleistet eine sichere Umgebung für Bewohner und Mitarbeiter sowie Besucher.*

Die Verantwortung für die Gewährleistung einer sicheren Umgebung wurde an die Pflegedienstleitung delegiert. Die Pflegedienste sind mit Stützpunkten an den Standorten Nauen, Rathenow und Premnitz vertreten. An allen Standorten sind mobile Erfassungsgeräte im Einsatz. Geschäftsführung und Pflegedienstleitung sind per Diensthandy 24h erreichbar. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung und Fachkraft-Bereitschaftsdienste sind eingerichtet. Im Aufnahmegespräch und in den Pflegevisiten werden die Patienten auf mögliche Gefahrenquellen hingewiesen. Das Sturzrisiko wird erfasst und Angehörige/Betreuer beraten. Mitarbeiter werden weitergebildet.

#### 3.1.2 Leitlinien, Standards und Dienstanweisungen für Notfallsituationen

*In der Einrichtung sind Verfahren für Notfallsituationen vorhanden und bekannt.*

In allen Einrichtungen sind geschulte Ersthelfer beschäftigt. Für den med. Notfall werden alle Mitarbeiter durch den Rettungsdienst zur ersten Hilfe geschult. In der Notfallintervention werden plötzlich auftretende Erkrankungen beschrieben, sowie einzuleitende Maßnahmen. Die Stützpunkte haben eine Brandschutzordnung und einen Flucht- und Rettungswegeplan. Die Evakuierung des Personals wird jährlich in einer Arbeitsschutzunterweisung besprochen. Ein Beauftragter ist für jeden Standort benannt. Bei Notfällen wird sofort die zuständige Pflegefachkraft informiert und übernimmt die notwendige Versorgung des Patienten.

### 3.3 Umgang mit Arzneimitteln

#### 3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

*In der Einrichtung existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung der Arzneimittel.*

Bedarfsmedikationen werden vom Arzt angeordnet, Verordnung, Applikation und Wirkung dokumentiert. Die Sicherstellung erfolgt über die vorausplanende Dienst- und Besuchsplanung. Auf Unverträglichkeiten reagieren die Pflegekräfte nach Anweisung, der Arzt wird sofort informiert und Protokolle geführt. Für spezielle Applikationsformen (z.B. PEG) existieren gesonderte Anweisungen, ebenso für das Verhalten bei Ablehnung der Medikamenteneinnahme. Wichtige Hinweise zur aktuellen Medikation sind Bestandteil jeder Dienstübergabe.

## 3.4 Umgang mit Pflegehilfsmitteln

### 3.4.1 Beschaffung und individuelle Bereitstellung von Pflegehilfsmitteln

*In der Einrichtung existiert ein geregeltes Verfahren zur Bereitstellung von Pflegehilfsmitteln.*

Die Notwendigkeit des Hilfsmiteleinsatzes wird durch die Pflegefachkraft festgestellt und dokumentiert. Die Evaluationsbögen werden regelmäßig bearbeitet. Die Kunden werden in den Pflegevisiten durch eine Fachkraft zu Hilfsmitteln beraten. Der Klient erhält Empfehlungen und entscheidet über die Umsetzung der Maßnahmen. Die Hilfsmittel werden im Rahmen der Sturzprävention kontrolliert.

### 3.4.2 Verfahrensanweisungen zum Gebrauch von Pflegehilfsmitteln

*In der Pflegeeinrichtung existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Pflegehilfsmitteln.*

Im ambulanten Dienst liegen die Gebrauchsanweisungen beim Kunden. Bei der Einweisung nimmt ggf. die Pflegefachkraft teil. Bei der Anschaffung neuer Pflegehilfsmittel erfolgt eine Einweisung der Kunden durch die Herstellerfirma. Bei defekten Hilfsmitteln wird der Kunde auf eine Reparatur hingewiesen. Es werden regelmäßig Arbeitsschutzbelehrungen durchgeführt. Es werden Sturzprophylaxen durchgeführt, in denen mögliche sturzbegünstigende Faktoren evaluiert und ggf. beseitigt werden.

## 4 Informationswesen

### 4.2 Datenschutz

#### 4.2.1 Dokumentation und Archivierung von Bewohnerdaten

*Die Einrichtung regelt die Dokumentation und Archivierung der Bewohnerdaten unter Berücksichtigung des Datenschutzes.*

Die Verantwortung zur Regelung der datenschutzgerechten Dokumentation und Archivierung trägt der GF. Die Dokumentationspflicht ist geregelt. Eine externe Datenschutzbeauftragte ist bestellt. Maßnahmen basieren auf dem Datenschutz Konzept. Die Schnittstellen vor/nach extern fallen unter organisatorisch-technische Maßnahmen (§ 9 BDSG) und werden nach den gesetzl. Vorgaben behandelt. Die Dokumentation der Patientendaten erfolgt digital. Die Pflegedienstleitung verantwortet für ihren Bereich die vollständige Pflegedokumentation. Zur fachgerechten Datenübermittlung bei Verlegung, wird ein Pflegebrief genutzt.

## 5 Führung

### 5.2 Zielplanung

#### 5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

*Die Leitung der Einrichtung entwickelt einen Finanz- und Investitionsplan.*

Zur Aufstellung eines Wirtschaftsplanes werden jeweils im Sommer des Vorjahres die angestrebten Leistungszahlen und sich daraus ergebende Vergütungen, sowie die benötigten personellen und materiellen Ressourcen geplant. Diese werden als Eckwerte festgeschrieben und auf dieser Basis der Finanz- und Investitionsplan entwickelt. Die Planung für die Leistungsangebote wird im Wirtschaftsplan konkretisiert, in der Balanced-Scorecard mit Zielvorgaben und Kennzahlen untersetzt. Das 2017 neu aufgestellte zentrale Controlling steht dem Verwaltungsleiter zur Unterstützung zur Verfügung.

## 6 Qualitätsmanagement

### 6.1 Internes und externes Qualitätsmanagement

#### 6.1.3 Vorbereitung zur externen Qualitätssicherung

*In der Einrichtung werden strukturierte Vorbereitungen zur externen Qualitätssicherung getroffen.*

Durch die GF sind strukturierte Maßnahmen zur Vorbereitung auf externe Qualitätsüberprüfungen festgelegt. Die Pflegedienstleitungen tragen die Umsetzungsverantwortung. Es steht ein umfangreiches Organisationshandbuch im Intranet zur Verfügung. In Zusammenarbeit mit der Unternehmensgruppe werden Standards zusammen erarbeitet, evaluiert und implementiert. Die planmäßige Festlegung qualitätssichernder Maßnahmen erfolgt im QM-Konzept. Als Hauptkontrollinstrument wird die Pflegevisite genutzt. Es finden individuelle, übergreifende oder anlassbezogene Pflegevisiten statt. In Vorbereitung auf externe Prüfungen wird geschult. Interne Audits und Mitarbeiter Briefing werden genutzt um sich auf externe KTQ Visitationen vorzubereiten.

### 6.2 Qualitätsrelevante Daten

#### 6.2.1 Erhebung und Analyse qualitätsrelevanter Daten

*In der Einrichtung werden qualitätsrelevante Daten systematisch erhoben und analysiert.*

Verantwortlich für die systematische Erhebung qualitätsrelevanter Daten ist die Geschäftsführung. Grundlage für die getroffenen Festlegungen sind die internen Qualitätsziele sowie gesetzliche und behördliche Vorgaben. Die erhobenen Daten werden dokumentiert und statistisch aufbereitet, so dass entsprechende Aussagen getroffen werden können. Die Ergebnisse der Evaluation qualitätsrelevanter Daten fließen in die Fortbildungsplanung ein.

#### 6.2.2 Befragungen

*Die Einrichtung führt regelmäßig Befragungen durch.*

Der amb. Pflegedienst ist in die Systematik der Befragung in der Unternehmensgruppe eingebunden. Befragungen werden regelmäßig durchgeführt.