

Bericht

Wiederholungsbegutachtung

**Diakonie Siegel Pflege Version 3.0
im Stichprobenverfahren**

**Scheve Management GmbH
Diakoniewerk Bethel gGmbH Berlin**



**NETZWERK FÜR MENSCHEN
DIAKONIEWERK BETHEL**

Juni /2016

Gliederung

- 1 Ergebnis mit Empfehlung
- 2 Leistung und Verbesserungspotential
- 3 Geschäftstätigkeit und Zertifizierung
- 4 Zusammenfassung des Auditprozesses
- 5 Ansprechpartner
- 6 Nächste Schritte

1 Ergebnis mit Empfehlung

Das Managementsystem der Einrichtung Diakoniewerk Bethel gGmbH Berlin entspricht den Anforderungen des Bundesrahmenhandbuches Diakonie-Siegel Pflege Vers. 3.0. Es ist angemessen und wirksam in der Einrichtung realisiert.

Es wurden keine Abweichungen von Diakonie-Siegel Pflege Vers. 3.0 festgestellt.

Der Auditor empfiehlt der pCC die Re-Zertifizierung des Managementsystems der Einrichtung nach Diakonie-Siegel Pflege Vers. 3.0.

Die Stichprobenfähigkeit war im gesamten Verband Diakoniewerk Bethel gGmbH Berlin gegeben.

2 Leistung und Verbesserungspotential

- *Das Verbesserungspotential ist durch Punkte vor den Absätzen und kursiven Druck hervorgehoben.*

↑ *Besondere Stärken werden mit einem senkrechten Pfeil vor den Absätzen und kursiven Druck hervorgehoben.*

Allgemeine Aussagen

Im Rahmen des Stichprobenverfahrens wurden die Einrichtungen Seniorenzentrum Bethel Welzheim, Pflegedienst Bethel Welzheim und Seniorenzentrum Bethel Wiehl auditiert.

2.1 Aufbau des Managementsystems

Das QM-System für das Diakoniewerk Bethel gGmbH Berlin ist analog dem Bundesrahmenhandbuch Diakonie-Siegel Pflege Version 3.0 aufgebaut. Die Systematik der QM Dokumentation wurde dem Inhaltsverzeichnis des Bundesrahmenhandbuches angepasst. Die neuen Prozesse nach DSP Version 3.0 Datenschutz und Betriebliches Gesundheitsmanagement/ Betriebliches Eingliederungsmanagement wurden erarbeitet und werden umgesetzt. Der Zugriff der Dokumente ist in einem speziellen Laufwerk für alle Einrichtungen sichergestellt. Die QM Dokumentation lag in jeder Einrichtung aktuell vor.

2.1.1 Prozessmanagement

Die Prozessbeschreibungen folgen eindeutig der Systematik, die im BRH Diakonie-Siegel Pflege enthalten ist. Planung, Steuerung und ständige Verbesserung der Prozesse sind im Unternehmen gut nachvollziehbar und wirksam. Die wesentlichen Erwartungen von Bewohnern/ Patienten und Interessenspartnern, die gesetzlichen Grundlagen sowie die spezifischen Anforderungen an die Organisation und ihre Prozesse zur Leistungserbringung sind angemessen definiert und wirksam.

2.1.2 Dokumentation des Managementsystems

Die Dokumentation des Systems ist entsprechend dem Bundesrahmenhandbuch gegliedert. Alle dort geforderten Regelungen sind enthalten und erfüllen die Anforderungen des Bundesrahmenhandbuches. Zusätzlich sind organisationsrelevante Verfahren den jeweiligen Kapiteln des Bundesrahmenhandbuches zugeordnet.

- *Eine Vielzahl von Dokumenten birgt die Gefahr von Redundanzen. Eine Reduktion an das gefestigte QM-System kann geprüft werden. (Verbesserung ambulant)*

Die QM-Handbücher der begutachtenden Einrichtungen liegen mit dem aktuellen Stand April 2016 vor. Die Zuständigkeiten für die Dokumentenlenkung sind klar geregelt. Änderungen an den Dokumenten können über die Änderungsmatrix und die Versionsnummern nachvollzogen werden.

2.2 Verantwortung der Leitung

2.2.1 Leitbild, Politik, Zielsetzung, Zielverfolgung und Ergebnisse

Bewertung und Verbesserung des Managementsystems

Die Anforderungen des BRH an ein Leitbild und eine formulierte Qualitätspolitik sowie an die Leistungsbeschreibung sind erfüllt. Die Leistungsbeschreibungen sind auf aktuellem Stand. In den hierzu vorliegenden Ausführungen präsentieren sich die Einrichtungen eindeutig als diakonische Einrichtungen. Auch in den schriftlichen Informationen, die für Interessenten bereitgehalten werden, ist das diakonische Profil deutlich herausgearbeitet.

↑ *Die Bewusstseinsstärkung zur Diakonischen Ausrichtung durch die Führungskräfte ist bemerkenswert. Sie wird in Besprechungen thematisiert. Konferenzen und Mitarbeiterversammlungen beginnen mit einer kleinen Andacht.*

Ziele werden im Zusammenhang mit der Managementbewertung auf Basis der Überprüfung der Zielerreichung des letzten Bewertungszeitraumes festgelegt und in den regelmäßigen Leitungsbesprechungen überwacht.

Die Managementbewertungen wurden in den Einrichtungen durchgeführt und in einem Bericht dokumentiert. Das Verfahren hierzu, sowie die Kriterien sind schriftlich festgelegt. Zu den bewerteten Kriterien sind die Datenquellen benannt und Messgrößen angegeben. Zielwerte für den nächsten Bewertungszeitraum sind festgelegt.

Die Ergebnisse der Managementbewertungen aller Bethel Einrichtungen finden sich im Qualitätsbericht 2015, der vom Referatsleiter Produkte erstellt wird. Der Bericht „Interne Revision in Medizin und Pflege“ und „Managementbewertungen“ ermöglicht ein Benchmark durch die Zusammenstellung der Ergebnisse aller Einrichtungen.

- *Die in der Managementbewertung erhobenen Kennzahlen orientieren sich stark an den Bedarfen stationärer Pflegeeinrichtungen und sind punktuell wenig aussagekräftig für die Bewertung der Kerndienstleistung Pflege eines ambulanten Dienstes. Kennzahlen sollten die Bewertung der Prozessleistung stärker berücksichtigen. Eingaben der Managementbewertung sollten personenunabhängig kontinuierlich erfasst werden. (Verbesserung ambulant)*
- *Qualitätsziele sollten SMART formuliert werden. Damit könnte die Überprüfung der Zielerreichung erleichtert werden. (Verbesserung stationär)*
- *Die Kennzahlenübersicht im Bericht der internen Revision weist teilweise eine große Spannbreite der ermittelten Werte auf. Hier könnte die Kennzahlenerfassung noch einmal konkreter definiert werden. Die Definition von „unerwünschter Fluktuation“ sollte genauer definiert werden, und die Kennzahlen zur Fluktuation sollten eindeutig festgelegt werden. Aus der Kennzahl zu den Sturzereignissen lässt sich nicht die Anzahl der gestürzten Bewohner erkennen. (Verbesserung übergreifend)*

2.2.2 Zuständigkeiten, Kommunikation und Bewusstsein

Die Organigramme der begutachteten Einrichtungen liegen in aktualisierter Form vor und sind geeignet, die Aufbauorganisation zu verdeutlichen. Stellenbeschreibungen und Bestellung der Beauftragten liegen vor und geben ausreichend detailliert Auskunft über Anforderungen und Aufgaben an die Stelleninhaberin/den Stelleninhaber bzw. Beauftragten.

Die Berichte der Begutachtungen werden ausgewertet, Hinweise und Verbesserungspotenziale den Bereichen zugeordnet. Ergebnisse aus Bewertungen und Begehungen werden auf allen Ebenen der Einrichtungen kommuniziert. Damit ist sichergestellt, dass das Stichprobenverfahren nachweislich angewandt wird. Informationen über die Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems finden in den Besprechungen auf allen Hierarchieebenen der Einrichtung statt.

Die Praxisanleitung wird durch qualifizierte Anleiter in allen Bereichen sichergestellt. Regelmäßige Treffen mit dem Ausbildungsinstitut werden wahrgenommen.

- ↑ *Die Auszubildenden äußern sich sehr zufrieden mit den Ausbildungsbedingungen. Es wird ausreichend Zeit zur Verfügung gestellt, um die schulischen Vorgaben für die Praktikumseinsätze zu erfüllen.*

Aus-, Fort- und Weiterbildungen werden konsequent geplant und durchgeführt. Die Nachweisführung erfolgt zuverlässig mit einer mitarbeiterbezogenen Auswertung und bietet eine gute Kontrollmöglichkeit bezüglich des Erreichungsgrades der Pflichtschulungen.

Die Kommunikationsstruktur ist umfassend und steht im Verhältnis zur Organisationsform und – Größe.

- ↑ *Protokolle werden konsequent geführt und Vereinbarungen auf tatsächliche Umsetzung geprüft.*

- *Ehrenamtlich tätige Mitarbeitende sollten die den gesetzlichen, behördlichen und berufsgenossenschaftlichen Vorgaben entsprechenden Unterweisungen und Schulungen erhalten. (Verbesserung ambulant)*
- *Ergänzende Aushilfen sollten gezielter zu Inhalten aus nationalen Expertenstandards in der Pflege geschult werden, die Auswirkung auf ihre Dienstleistung haben. (Verbesserung ambulant)*

2.3 Wirksamkeit des Systems

2.3.1 Interne Audits

Das System der internen Audits wird unverändert angewandt. Interne Audits finden als Systemaudits oder Prozessaudits statt. Damit ist sichergestellt, dass alle Anforderungen in drei Jahren mindestens einmal auditiert werden. Audits zu den Expertenstandards werden zudem auf Grundlage der Auditchecklisten nach DNQP durchgeführt. In den stationären Einrichtungen finden ergänzend fokussierte Pflegevisiten statt.

Die internen Revisionen wurden gemäß der Auditplanung in den Bethel Einrichtungen durchgeführt.

Protokolle und Maßnahmenpläne konnten zu den durchgeführten Audits eingesehen werden. Auf den Homepages der Einrichtungen sind alle Ergebnisse der Heimaufsicht, des MDK, der Zertifizierung und der internen Revision nachzulesen.

- *Die Berichte auf der Homepage müssen entsprechend der eigenen Vorgabe regelmäßig aktualisiert werden. (Hinweis)*

2.3.2 Korrektur- und Vorbeugungsmaßnahmen Umgang mit externen Beschwerden

Beschwerden, Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen werden entsprechend der Verfahrensanweisung dokumentiert und bearbeitet. Statistische Auswertungen finden sich in der Managementbewertung. Daraus werden Zielvorgaben für das folgende Jahr abgeleitet.

2.3.3 Datenanalyse und kontinuierliche Verbesserung

Die in den Einrichtungen anfallenden Zahlen, Daten und Fakten werden erfasst und ausgewertet. Eine zielgerichtete Auswertung und Darstellung durch Kennzahlen findet statt.

Verantwortlichkeiten für die Umsetzung sind festgelegt. Die Maßnahmen werden in den Protokollen, in Maßnahmenplänen (z.B. zur Pflegevisite) oder im zentralen Maßnahmenplan dokumentiert und die Bearbeitung der Umsetzung nachweislich protokolliert.

- *Zum Thema Verbesserungsvorschläge könnte ein Qualitätsziel erstellt werden. Damit könnte die Anzahl der Verbesserungsvorschläge erhöht werden. (Verbesserung stationär)*

2.3.4 Kundenzufriedenheit

Jährlich werden Befragungen zur Bewohnerzufriedenheit und Mitarbeiterzufriedenheit durchgeführt. Weitere Rückmeldungen der Bewohner werden bei Pflegevisiten und bei den MDK Begutachtungen erfragt.

- *Da im Rahmen der Bewohnerbefragung nur noch eine begrenzte Anzahl der Bewohner Auskunft geben kann und vielfach die Angehörigen den Fragebogen ausfüllen, könnte dies in der Auswertung berücksichtigt werden. (Verbesserung stationär)*

2.4 Leistungserbringung zum Kunden

Seniorenzentrum Bethel Welzheim und Bethel Wiehl

Die Verfahrensabläufe in den Bereichen Pflege, Betreuung, Hauswirtschaft (einschl. Küche), Verwaltung und Technik sind etabliert und werden routiniert umgesetzt. Die Prozessabläufe zur Öffentlichkeitsarbeit, die Schnittstellen Personalabteilung und Buchhaltung/ Controlling, die Koordination Ehrenamt und Heimbeirat werden eindrucksvoll ausgeführt.

Stärken:

- ↑ *Die Mitarbeitenden der Seniorenzentren zeichnen sich durch eine hohe kommunikative Kompetenz aus. Die Gespräche mit den Kunden sind von gegenseitiger Wertschätzung geprägt.*
- ↑ *Bei der Durchführung der pflegerischen Tätigkeiten stand jederzeit das Wohlbefinden der Kunden im Vordergrund. Größter Wert wird auf die Individualität und das Selbstbestimmungsrecht der Kunden gelegt.*
- ↑ *In den Bereichen der Pflege wird das EDV Pflegeprogramm MCC professionell angewendet. Alle nachgefragten Dokumente konnten von den Mitarbeitenden zügig aufgefunden werden. Die Expertenstandards werden konsequent angewandt. Beratungsgespräche werden durchgeführt und dokumentiert. Fallbesprechungen werden vor allem dazu eingesetzt, herausforderndes Verhalten zu beschreiben, zu analysieren und gemeinsam mit Angehörigen, Betreuern und Ärzten Maßnahmen zur Verbesserung festzulegen.*
- ↑ *Im Bereich der Betreuung setzen die Mitarbeitenden das Betreuungskonzept engagiert um. Während der Begutachtung konnte bei den Begehungen das vielseitige Angebot der Betreuung wahrgenommen werden. Auf allen Wohnbereichen wurden entweder gestalterische oder begleitende Angebote durchgeführt.*
- ↑ *In den Gesprächen mit der Leitung und den Mitarbeitenden war die gelebte christliche Grundhaltung der Einrichtung deutlich sichtbar. Der Umgang sowohl der Mitarbeitenden und Führungskräfte miteinander als auch mit den Bewohnerinnen bestätigt diese Einschätzung.*
- ↑ *Die Einbeziehung ehrenamtlich Tätiger war in beiden Einrichtungen bemerkenswert. Eine große Anzahl Ehrenamtlicher engagiert sich bei vielfältigen Angeboten. Die Gespräche waren von einer großen Wertschätzung den Bewohnern und der Einrichtung gegenüber geprägt. Eine Ehrenamtliche: „In der Einrichtung herrscht eine absolut freundliche Grundstimmung“.*
- ↑ *In den Gesprächen mit dem Heimbeirat wurde von den Beiräten und externen Heimfürsprechern/ Angehörigenbeiräten der Einrichtungen eine vertrauensvolle Zusammenarbeit bescheinigt. Zitat eines Heimbeirat-Mitgliedes: „Ich habe eine neue Heimat gesucht und gefunden“.*

Verbesserungspotentiale Welzheim:

- *Eine regelmäßige Auswertung über Zugriffe auf die Homepage könnte Auskunft über Interessenschwerpunkte der Nutzer aufzeigen.*
- *Eine Fortbildung zum Thema Risikomanagement könnte das Bewusstsein für dieses Thema wecken und vertiefen.*
- *Der risikobasierte Ansatz sollte auf alle relevanten Prozesse angewandt werden.*
- *MCC sollte zeitnah weiterentwickelt werden. Damit könnten Doppeldokumentationen vermieden und mehr bewohnernahe Zeit gewonnen werden.*
- *Die Dokumente zur Fallbesprechung könnten zusammengefasst werden.*
- *Die Verordnung zur Medikamentenabgabe sollte eindeutig dokumentiert werden, um Fehler zu vermeiden.*
- *Der Umfang der vielfältigen Methoden zur Durchführung von Visiten (Pflegevisite, Fokussierte Visite, Integrationsvisite) sollte überdacht werden.*
- *Die Ressourcen zur Dekubitusprophylaxe sollten noch besser erhoben werden.*

- Risikoassessments und Beratungsprotokolle könnten zusammengefasst werden.
- Die Anwendung eines Verbrühschutzes in den Bewohnerzimmern sollte geklärt werden.
- Die Einarbeitung Ehrenamtlicher sollte schriftlich dokumentiert werden.
- Fortbildungen zum diakonischen Profil könnten auch Ehrenamtlichen angeboten werden.
- Der Prozess des Umweltbeauftragten könnte beschrieben werden.
- Die Beschriftung der Lebensmittel, die aus der Küche in den Pflegebereich gebracht werden, sollte noch einmal überprüft werden.
- In der Küche könnten mit fokussierten Hygienevisiten die erkannten Schwachstellen stichprobenhaft überprüft werden.

Verbesserungspotentiale Wiehl:

- Es sollte sichergestellt werden, dass Änderungen am QM-Handbuch nur von autorisierten Mitarbeitern durchgeführt werden können.
- Die Prozesslandkarte muss noch in das Handbuch eingefügt werden. (Hinweis)
- Eine regelmäßige Auswertung über die Zugriffe auf die Homepage könnte Auskunft über Interessenschwerpunkte der Nutzer aufzeigen.
- In der Verwaltung sollte über den Prozess Verwahrgeldverwaltung nachgedacht werden. Apotheke, Fußpflege und Frisör könnten direkt mit den Bewohnern abrechnen. Damit ließe sich eine Vielzahl an Buchungsvorgängen vermeiden.
- Die Überprüfung der Erste-Hilfe-Koffer könnte an die Apotheken delegiert werden.
- Zur Sicherheitsprävention könnte eine Beratung vor Ort durchgeführt werden.
- Die Anleiterzeiten von Auszubildenden und Anleiterin sollten nachweislich dokumentiert werden.
- In MCC sollten die übergaberelevanten Einträge so dargestellt werden können, dass die Mitarbeiter sich mit einem Blick informieren können.
- Wie der Nachweis der durchgeführten Maßnahmen zum Verbandswechsel in MCC geführt werden kann, sollte noch geschult werden.
- Die Biographie könnte noch verstärkt in MCC aufgenommen werden. Danach könnte der Biographiebogen überarbeitet werden.
- Die pflegfachliche Einschätzung der pflegerischen Risiken könnte noch eindeutiger in MCC (Anamnese) dargestellt werden.
- Ein Nachwachenstandard könnte die Einarbeitung neuer Mitarbeiter erleichtern. Diese Funktion sollte in MCC eingerichtet werden. (Ausweisung der Maßnahmen in der Nacht auf einem Blick – bewohnerbezogen)
- In die Auswertung der Fortbildungen sollte auch die Auswertung zum Lesekonzept integriert werden.
- Medikamente, die zu bestimmten Uhrzeiten abgegeben werden, müssen eindeutig beschriftet werden. (Hinweis)
- In der Küche und in den Pflegebereichen könnten mit fokussierten Hygienevisiten die erkannten Schwachstellen stichprobenhaft überprüft werden.
- In der Küche müssen die Fliegengitter an den vorgeschriebenen Stellen angebracht werden. (Hinweis)

Pflegedienst Bethel Welzheim

Das Dokumentationssystem wird aktuell noch händisch geführt – die Einführung der EDV-Dokumentation Medifox ist bis Ende des Jahres geplant.

Auf Grundlage des Pflegemodells nach N. Rooper wird die Anamnese erstellt. Pflegerisiken werden bei Beauftragung und dann regelmäßig mindestens ¼-jährlich anhand des Risikodatenblattes von GODO erhoben.

Die eingesehenen Pflegedokumentationen zeigten eine nachvollziehbare und umfängliche Leistungserbringung. Berichte sind chronologisch und aussagekräftig erstellt.

Im ambulanten Dienst wird eine umfängliche Pflegeplanung auch für die Leistungen der pflegenden Angehörigen erstellt, so dass Einbeziehung und Individualität der Versorgungen sehr

gut dargestellt werden. Beratungsgespräche zu Pflegerisiken werden dokumentiert, Wunddokumentationen richtig geführt.

Pflegevisiten werden grundsätzlich auf Basis der Transparenzkriterien durchgeführt. Dies bedeutet einen hohen Ressourcenaufwand mit fraglicher Aussagekraft und Handlungsleitung. Dies birgt zudem das Risiko, dass Pflegevisiten mit geringerer Sorgfalt durchgeführt werden und somit auch bei externen Prüfungen/ Begehungen Negativstichproben gezogen werden könnten. Im Bedarfsfall können zusätzlich fokussierte Pflegevisiten durchgeführt werden. Bei Fehleridentifikation werden wiederum zusätzlich interne Audits schwerpunktbezogen durchgeführt. Die Demenzgruppe wird von einer hauptamtlichen Pflegefachkraft mit Zusatzqualifikation der Gerontopsychiatrischen Fachkraft geleitet. Zusammen mit 6 ehrenamtlichen Mitarbeitenden sind wöchentlich für 3 Stunden bis zu 9 Menschen mit Demenz in der Gruppe.

Stärken:

- ↑ *Pflegeleistungen werden auf hohem Niveau erbracht. Mitarbeitende vertreten Ihre Arbeit sicher und sachlich.*
- ↑ *Eine Praxisanleitung sowie eine Dipl.-Pflegepädagogin stellen gemeinsam mit den Fachkräften eine gute praktische Ausbildung der Auszubildenden anderer Betriebe im Außeneinsatz sicher.*
- ↑ *Die in der Demenzgruppe tätigen ehrenamtlichen Mitarbeitenden sind bereits langjährig im Amt. Sie kennen die Besonderheiten der Arbeit mit dementiell veränderten Menschen, halten die erarbeiteten Rituale zuverlässig ein und können stressverursachende Situationen frühzeitig erkennen und entsprechend agieren. Eine hohe Akzeptanz, Respekt, frühzeitiges sensibles und deeskalierendes Verhalten gemeinsam mit zuverlässiger ritualisierter Dienstleistung bewirken, dass herausfordernde Verhaltensweisen aufgefangen und minimiert werden.*
- ↑ *Eine gute und intensive Einbindung in die Pfarrgemeinden sowie intensive Netzwerkarbeit unterstützen die positive Entwicklung des Dienstes.*

Verbesserungspotentiale:

- *Die Versorgungssituation sollte konsequent aktuell in der Pflegeplanung berücksichtigt werden.*
- *Aspekte aus dem Projekt Entbürokratisierung der Pflege unter Leitung von Frau Beikirch kann die fachliche Kompetenz der Mitarbeitenden und die Aussagekraft der Risikobewertungen stärken, auch wenn eine Umstellung auf das Strukturmodell nach Beikirch aktuell noch nicht geplant ist.*
- *Es sollte in der Beratung verstärkt auf Empfehlungen zur Hautpflege entsprechend der aktuellen wissenschaftlichen Informationen hingewiesen werden und wo immer möglich zur Anwendung kommen.*
- *Ein systematischer kollegialer Austausch/ kollegiale Beratung mit den Fachkräften aus der Betreuung des benachbarten Seniorenzentrums und der Reha-Einrichtung kann die Vielfalt der Angebote in allen 3 Organisationseinheiten fördern.*
- *Das Pflegevisitensystem sollte im Hinblick auf die Aussagekraft und Handlungsweisung sowie unter Ressourcenschonenden Aspekten geprüft und evaluiert werden. Dabei können Auswirkungen auf das „Bethel-weite“ System durch das PSG II mit der Evaluierung der Qualitätsprüfungen auf Basis des Wingenfeldprojektes (EQuisA) für die stationären Einrichtungen geprüft werden.*
- *Die fachliche Prüfung der angelernten Kräfte sollte wie geplant zur Umsetzung kommen.*
- *Pflegevisiten sollten die Prüfung der Diagnosen, Berichtseinträge, Beratungsblätter und Fallbesprechungen konsequent berücksichtigen.*
- *Ein standortbezogenes Personalentwicklungskonzept kann zur Sicherstellung der Fachkraftgewinnung und -Bindung sowie zur Organisationsentwicklung beitragen.*

3 Geschäftstätigkeit und Zertifizierung

3.1 Geschäftstätigkeit der Einrichtungen

Ambulante Pflege in den Pflegediensten Bethel Berlin, Pflegedienst Bethel Bad Oeynhausen, Pflegedienst Bethel Welzheim.

Stationäre Pflege im Seniorenzentrum Bethel Friedrichshain, Seniorenzentrum Bethel Wiehl, Seniorenzentrum Bethel Bad Oeynhausen, Seniorenzentrum Bethel München, Seniorenzentrum Bethel Trossingen, Seniorenzentrum Bethel Köpenick und Seniorenzentrum Bethel Welzheim

3.2 Kriterien und Geltungsbereich der Zertifizierung

Diakoniewerk Bethel Berlin

3.3 Anwendung der Kriterien / Ausschlüsse

- keine

Die Verwendung der Symbole und Zertifikate von pCC entspricht den Regeln.

4 Zusammenfassung des Auditprozesses

4.1 Auftrag an das Auditteam

Im Auftrag der pCC wurden an insgesamt 11 Personentagen an den Standorten folgende Audittätigkeiten durchgeführt:

Wiederholungsbegutachtung

Einrichtung	Adresse	Regelwerk	KN: 001835 Datum
Diakoniewerk Bethel Hauptverwaltung	Promenadenstraße 5a 12207 Berlin	DSP Version 3.0	02.06.2016
Seniorenzentrum Bethel Welzheim	Schorndorfer Straße 81 73642 Welzheim	DSP Version 3.0	07. – 09.06.2016
Pflegedienst Bethel Welzheim	Schorndorfer Straße 81 73642 Welzheim	DSP Version 3.0	15. – 17.06.2016
Seniorenzentrum Bethel Wiehl	Wülfringhausener Straße 80 51674 Wiehl	DSP Version 3.0	21. – 23.06.2016

Handbuchprüfung, Einlesen in die Qualitätsberichte, MDK-Berichte, Berichte der Heimaufsicht, Bericht der internen Revision und Interne Audits vom 17.-18.05.2016 (1,5 PT)

(Details siehe Zeitplan)

4.2 Stichprobenbasis

Während der Wiederholungsbegutachtung wurden Informationen zu allen Anforderungen und Themen gesammelt, die für das Managementsystem erforderlich sind. Dabei wurden alle in diesem Zusammenhang anwendbaren Anforderungen von Bundesrahmenhandbuch Diakonie-Siegel Pflege Version 3.0 auditiert. Zu diesem Zweck wurden Interviews mit einer repräsentativen Anzahl von Führungskräften und anderen Mitarbeitern geführt.

Stichprobenbasis Interviewpartner Seniorenzentrum Bethel Welzheim

	Personenzahl	davon interviewt	%
Führungskräfte	4	4	100
andere Mitarbeiter	81	39	48
Gesamt	85	43	50

Stichprobenbasis Interviewpartner Pflegedienst Bethel Welzheim

	Personenzahl	davon interviewt	%
Führungskräfte	2	2	100
andere Mitarbeiter	65	12	18
Gesamt	66	14	18

Stichprobenbasis Interviewpartner Seniorenzentrum Wiehl

	Personenzahl	davon interviewt	%
Führungskräfte	2	2	100
andere Mitarbeiter	106	37	35
Gesamt	108	39	36

In der Gesamtzahl sind alle Teilzeitbeschäftigten und Geringfügigbeschäftigten enthalten. Eine Abstimmung mit der in den Basisdaten erhobenen Mitarbeiterzahl hat stattgefunden.

4.3 Ablauf des Audits

Keine Veränderungen in der Zeitplanung

4.4 Korrekturen während des Audits

Keine

4.5 Abschlussbesprechung

An der Abschlussbesprechung nahmen Mitarbeitende aller Abteilungen der Einrichtungen teil. (Teilnehmerliste der einzelnen Einrichtungen)

Die während des Audits festgestellte Leistung und das Verbesserungspotential des Managementsystems wurden zusammenfassend dargestellt und erläutert. Es wurde ausdrücklich auf den Stichprobencharakter des Audits hingewiesen, die Schlussfolgerungen berichtet, der weitere Ablauf der Zertifizierung erklärt und die nächsten Schritte vereinbart.

5 Ansprechpartner

5.1 Oberste Leitung der Einrichtung Scheve Management GmbH

Andreas Dietel, Beauftragter der Geschäftsstelle, Referatsleiter Produkte

Telefon 030 77914302
Telefax 030 77914322
E-Mail andreas.dietel@BethelNet.de

5.2 Auditteam

Friedrich Nitsche, Auditleiter

Telefon 09732 2231
E-Mail friedrich.nitsche@t-online.de

Beate Staas, Co-Auditor

Telefon 0172 7142643
E-Mail beatestaas@web.de

5.3 Kundenbetreuung der pCC

Christine Strauß, Kundenbetreuer/in

Telefon 069 2648966-49
Telefax 069 2648966-10
E-Mail c.strauss@procum-cert.de

6 Nächste Schritte

6.1 Maßnahmen der Einrichtung Scheve Management GmbH

Die Einrichtung soll die festgestellten Verbesserungspotentiale prüfen und ggf. in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess einfließen lassen.

Die Einrichtung wird die pCC unverzüglich informieren, falls wesentliche Änderungen am Managementsystem geplant werden oder äußere Einflüsse zu solchen Veränderungen geführt haben. Die pCC wird dann in Abstimmung mit der Einrichtung geeignete Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Zertifizierung einleiten.

6.2 Maßnahmen der pCC

Die 1. Begutachtung zur Systemförderung wird, sofern keine wesentlichen Änderungen am Managementsystem vorgenommen werden, im Juni 2017 durch zwei Auditoren durchgeführt.

Das Audit wird voraussichtlich folgende Standorte einbeziehen: siehe Stichprobenplan

Der Auditleiter wird ca. sechs Wochen vorher die genaue Planung der Wiederholungsbegutachtung zur Systemförderung mit dem Diakoniewerk Bethel und der pCC abstimmen.

Bericht erstellt 25.06.2016

Friedrich Nitsche, Auditleiter

Bericht geprüft und freigegeben



30.06.2016

Datum

fachliche Prüfung der pCC

proCum Cert GmbH, Zertifizierungsgesellschaft

Vertraulichkeit

Der Inhalt dieses Berichts und alle im Zusammenhang des Audits erhaltenen Informationen über das Diakoniewerk Bethel gGmbH werden von den Mitgliedern des Auditteams und von der pCC vereinbarungsgemäß vertraulich behandelt.

Verteiler

pCC

Scheve Management GmbH/Diakoniewerk Bethel gGmbH