

# **BERICHT**

## **Wiederholungsbegutachtung 2010**

### **Diakonie-Siegel Pflege Version 2.0 Im Stichprobenverfahren**

#### **Diakoniewerk Bethel e.V.**

**Juni /2010**

## 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 entspricht den Anforderungen des Bundesrahmenhandbuches Diakonie-Siegel Pflege DSP der Version 2.0.

Es ist angemessen und wirksam im Unternehmen realisiert.

Es wurden keine Abweichungen vom Bundesrahmenhandbuch Diakonie-Siegel Pflege DSP festgestellt.

Das Auditteam empfiehlt der pCC die Zertifizierung des Managementsystems der Einrichtung nach den Anforderungen des Bundesrahmenhandbuches Diakonie-Siegel Pflege DSP.

Die Stichprobenfähigkeit war im gesamten Verband Diakoniewerk Bethel gegeben.

## 2 Leistung und Verbesserungspotential

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

### Allgemeine Aussagen

Im Rahmen des Stichprobenverfahrens wurden die Einrichtungen: SZ Wiehl, das SZ in Lichterfelde und PD Lichterfelde auditiert.

In den Einrichtungen wurde das System gesichert und weiterentwickelt.

### Stärken übergreifend

- *Sehr gute Qualitätslenkung durch Geschäftsstelle und QMB vor Ort.*
- *Durchgehend effektive Qualitätszirkelarbeit*
- *Hervorragende Projektarbeiten mit Darstellung und Dokumentation*
- *Sehr hohe Kundenorientierung und Umsetzung des Diakonischen Leitbildes in allen Einrichtungen.*
- *Hoher Fortbildungsstand der Mitarbeiter*
- *Sehr gute aussagekräftige Managementbewertungen und Qualitätsbericht.*

### 2.1 Aufbau des Managementsystems

Das QM-System für das Diakoniewerk Bethel ist analog dem Bundesrahmenhandbuch Diakonie-Siegel Pflege Version 2.0 aufgebaut.

Die Systematik der QM Dokumentation ist in allen begutachteten Einrichtungen gleich, hier gab es keine Veränderung.

Der Zugriff der Dokumente ist in einem speziellen Laufwerk für alle Einrichtungen sichergestellt.

Die QM Dokumentation lag in jeder Einrichtung aktuell aus.

Die Lenkung erfolgt zentral von der Hauptgeschäftsstelle aus und wird vor Ort durch die eingesetzten QMB durchgeführt.

#### 2.1.1 Prozessmanagement

Die Prozessbeschreibungen folgen der Systematik, die im BRH Diakonie-Siegel Pflege enthalten ist.

Die Prozessorientierung wurde deutlich weiterentwickelt und gesichert. Es lagen zu allen relevanten Abläufen Verfahrensbeschreibungen vor. Bei allen Mitarbeitern ist eine sehr hohe Prozesssicherheit festzustellen. Dies konnte in vielen Interviews mit Mitarbeitern, bei der Begleitung bei Hausbesuchen im Pflegedienst, Begehung der Wohnbereiche und Sichtung der Nachweisdokumente hervorragend bestätigt werden.

## **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 BRH.

Die Z Leistungen wurden in der Wiederholungsbegutachtung nachvollzogen und die vollständige Umsetzung nachgewiesen.

In der Systemanalyse am 14.06.10 wurde die QM Dokumentation auf die Forderungen des DSP V.2.0 überprüft und eindeutig bestätigt.

Das QM-Handbuch lag mit dem Bearbeitungsstand 04/2010 vor.

Die Zuständigkeiten für die Dokumentenlenkung sind klar geregelt.

## **2.2 Verantwortung der Leitung**

Im Qualitätsmanagementhandbuch ist die Leitungsverantwortung in den Punkten F 1.1-F 1.7 beschrieben und nachfolgend erläutert.

### **2.2.1 Leitbild, Politik, Zielsetzung, Zielverfolgung und Ergebnisse**

Die Anforderungen des BRH an ein Leitbild und eine formulierte Qualitätspolitik sowie an die Leistungsbeschreibung sind vollständig erfüllt. Die Leistungsbeschreibung ist auf dem Stand vom 04/2010.

In den hierzu vorliegenden Ausführungen präsentieren sich die Einrichtungen des Diakoniewerkes Bethel eindeutig als diakonische Einrichtung. Auch in den schriftlichen Informationen, die für Interessenten bereitgehalten werden, ist das diakonische Profil deutlich herausgearbeitet.

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

Hier wurde an mehreren Praxisbeispielen das Funktionieren des Systems eindeutig bestätigt.

Die Kundenorientierung war in allen Bereichen sehr deutlich spürbar und konnte durch die Einsicht verschiedenster Aufzeichnungen und Interviews mit Mitarbeitern und Interviews mit Patienten und Angehörigen in allen Tätigkeitsfeldern ganz hervorragend nachgewiesen werden.

Besonders zu erwähnen ist der die soziale und fachliche Kompetenz der Mitarbeiter, das Leitbilds und die Würde des Menschen stehen im Mittelpunkt.

## **2.2.2 Bewertung und Verbesserung des Managementsystems**

Eine Bewertung des Systems wurde für das Kalenderjahr 2009 in allen Einrichtungen durchgeführt und dokumentiert.

In der Wiederholungsbegutachtung wurden die Berichte SZL 24.01.2010, PDL und SZW im April 2010 eingesehen und die Vollständigkeit bestätigt.

In der Begutachtung der Zentralen Leistungen wurden die Berichte der restlichen Einrichtungen per EDV gesichtet.

Im zentralen Qualitätsbericht 2009 und in der Zusammenfassenden Darstellung der Hauptgeschäftsstelle werden die Daten zusammengefasst in der Konferenz der Führungskräfte präsentiert.

Das Verfahren sowie die Kriterien sind schriftlich festgelegt.

Verbesserungen werden zurzeit im Raster der Bewertung durchgeführt und bei der Bewertung 2010 umgesetzt.

Zu den bewerteten Kriterien sind die Datenquellen benannt und Messgrößen angegeben. Zielwerte für den nächsten Bewertungszeitraum sind festgelegt und in Maßnahmenplänen belegt.

Maßnahmenpläne konnten von allen Einrichtungen eingesehen werden.

## **2.2.3 Zuständigkeiten, Kommunikation und Bewusstsein**

Die Zuständigkeiten sind im Geschäftsverteilungsplan und Organigramm beschrieben, zudem sind Stellenbeschreibungen mit den verschiedenen Aufgaben und Tätigkeitsfeldern vorhanden.

Es bestehen verschiedene Kooperationen, die in Verträgen eindeutig geregelt sind.

Die Kommunikationsstrukturen sind im QMH beschrieben, Besprechungen werden nachweislich durchgeführt.

In den regelmäßigen Dienstbesprechungen und bei den Übergaben werden aktuelle Themen und Fallbesprechungen durchgeführt.

In der Teilnahme an einer Dienstbesprechung im Pflegedienst und Einsicht in Protokolle wurde der Prozess sehr gut nachvollzogen.

Der Bereich der Schulungen wurde mit verschiedensten Ankündigungen der Schulungen, Teilnahmebescheinigungen und Protokollen vollständig nachgewiesen.

Die Fort-, und Weiterbildung der Mitarbeiter ist ein großes Anliegen der Leitungen und ist sehr gut ausgeprägt.

Der Erfolg der Maßnahme sind fachlich hervorragend ausgebildete Mitarbeiter.

Die Einarbeitung neuer Mitarbeiter ist im Einarbeitungskonzept beschrieben und wurde im Interview mit einem Mitarbeiter und mit der entsprechenden Checkliste belegt.

Mitarbeitergespräche finden in allen Einrichtungen gelenkt und dokumentiert statt.

## **2.3 Wirksamkeit des Systems**

### **2.3.1 Interne Audits**

In 2009/2010 wurden Zwölf interne Audits als Interne Revisionen durchgeführt. Sie sind vollständig und nachvollziehbar dokumentiert.

Zusätzlich werden in den Einrichtungen Prozessaudits durchgeführt.

Beispielhaft sei hier die Audits zu den Expertenstandards erwähnt.

Es ist sichergestellt, dass alle Anforderungen in drei Jahren mindestens ein Mal auditiert werden. Die vollständige Systemüberprüfung ist dokumentiert. Die dabei festgelegten Maßnahmen werden überwacht und dokumentiert.

Es sind alle Anforderungen des BRH erfüllt.

### **2.3.2 Korrektur- und Vorbeugungsmaßnahmen**

#### **Umgang mit externen Beschwerden**

Die Ermittlung von Fehlern und Beschwerden wird in den Erfassungsbögen des Beschwerde / Fehlermanagements dokumentiert..

Hieraus leiten sich direkt Korrekturmaßnahmen und Vorbeugemaßnahmen ab.

Der KVP Prozess wird in den verschiedenen Besprechungen ständig reflektiert.

Vorbeugende Maßnahmen ergeben sich auch aus den Pflegevisiten und finden sich im Schulungsplan wieder.

Maßnahmen des Arbeitsschutzes, wie Unterweisungen sind ebenso als Vorbeugende Maßnahmen zu sehen.

Die Mitarbeiter sind jederzeit offen für Beschwerden der Patienten und Angehörigen.

Die Erfassung erfolgt im Beschwerdebogen und ist ständiges Thema bei den Übergaben und Besprechungen.

In den Protokollen lässt sich der Umgang mit Beschwerden nachvollziehen.

- *Das zentrale Fehlermanagement sollte verstärkt werden, dadurch wird der KVP Prozess noch wirksamer.*

### **2.3.3 Datenanalyse und kontinuierliche Verbesserung**

Die Datenanalyse ergibt sich aus den Auswertungen der Pflegevisite, Internen Audits, KVP Prozess, Messung der Kundenzufriedenheit und den Internen Revisionen.

Diese Ausführungen sind Bestandteil der Managementbewertungen der Einrichtungen. Hieraus erfolgen wiederum Ziele und Maßnahmen.

### **2.3.4 Kundenzufriedenheit**

Die Messung der Kundenzufriedenheit wird mit verschiedenen Methoden ermittelt: durch eine generelle Kundenbefragung und während der Pflegevisite.

Es lagen aus jeder Einrichtung Auswertungen vor, der Prozess findet unter gesicherten Bedingungen statt. Aus der Datenanalyse werden Ziele und Maßnahmen geplant.

Aus den Auswertungen der Befragung, Interviews mit Mitarbeitern bei einer Dienstbesprechung und Patienten/Angehörigen wurde die sehr hohe Kundenzufriedenheit bestätigt.

## **2.4 Leistungserbringung zum Kunden**

### **Pflegedienst Bethel Lichterfelde**

Die Kernaussage zur Leistungserbringung zum Kunden geschieht anhand des eigenen Leitbildes und des Pflegemodells nach Roper.

Im Rahmen der Begutachtung wurden die Prozesse: Grundpflege und Behandlungspflege, Wundversorgung auditiert.

Dies erfolgte durch Hausbesuche bei Patienten.

Die Arbeitsorganisation umfasst verschiedene Touren, die Mitarbeitern zugeordnet sind.

Die Planung der Dienste erfolgt durch die Dienst und Tourenplanung. Die entsprechende Handzeichenliste der Mitarbeiter lag in der aktuellen Form vor.

Die Dokumentation der Pflege und der Wundversorgung ist in der Pflegedokumentationsmappe, die beim Patienten hinterlegt ist nachgewiesen.

Bestimmte pflegerische Tätigkeiten sind in und mit Pflegestandards beschrieben.

Die Nationalen Expertenstandards sind vollständig eingeführt.

Die Prozesskontrolle der Pflege erfolgt durch gezielte Pflegevisiten und umfassende Überprüfungen der Prozesse.

Die Erfassung der Stammdaten und die Patientenverwaltung erfolgt in der EDV Software „CS“.

Der Umgang mit den Verordnungsscheinen, die Vorplanung und Abrechnung der Leistungen wird durch die Verwaltungskraft ganz hervorragend durchgeführt.

Die Hausbesuche und die Einsicht in die entsprechenden Pflegedokumentationen bestätigten die Planung und Durchführung des Pflegeprozesses.



Die nachfolgende Prozesskette konnte anhand zahlreicher Stichproben und Interviews mit Mitarbeitern wiederum hervorragend nachgewiesen werden.

Tourenplan ⇒ Dienstplan ⇒ Hausbesuch ⇒ Pflegeplanung und Pflegedokumentation / Wunddokumentation ⇒ Dokumentation der hauswirtschaftlichen Versorgung, ⇒ Umgang mit Kundeneigentum ⇒ Pflegeverträge ⇒ Leistungsnachweise ⇒ Dienstbesprechungen.

Hervorzuheben ist der vertrauensvolle Umgang mit den Patienten und Angehörigen und die hohe fachliche Kompetenz aller Mitarbeiter.

### **Stärken**

- Hohe Motivation der Leitung und Mitarbeiter
- *Fachlich und sozial kompetente Mitarbeiter mit hoher Prozesssicherheit*
- *Hervorragende Logistik in der Tourenplanung, bei ca. 80000 Hausbesuchen keine Fehlermeldung.*
- *Sehr gute grafische Auswertungen in der Managementbewertung.*
- *Hohes Qualitätsbewusstsein bei Leitung und Mitarbeiter*
- *Sehr gute Darstellung des Wundmanagements*

### **Verbesserungen**

- *Es sollte überlegt werden die erste Pflegevisite nach 6 Wochen durchzuführen, dadurch wird die Prozesskontrolle erleichtert.*
- *Die Ableitung der Maßnahmen aus der Risikoerfassung in der Anamnese sollte transparenter gestaltet werden.*
- *Die Kontrolle der Führerscheine sollten zweimal jährlich erfolgen*

### **Seniorenzentrum Bethel Lichterfelde**

In der Leitungsebene gab es Umstrukturierungen und Neubesetzungen.

Im Bereich der Küche und der Hauswirtschaft gibt es Veränderungen zum 01.07.2010.

Ab diesem Zeitraum werden neue Dienstleister die Speiseversorgung und Reinigung durchführen.

Die Stellen der PDL und QMB wurden 2009 neu besetzt und das Organigramm angepasst.

Bei der Hausbegehung, Auditierung der Wohnbereiche, Schnittstelle Wohnbereichsküche, Hauswirtschaft und Interviews mit Mitarbeitern wurden die Prozesse dargestellt.

Die Leistungserbringung zum Kunden geschieht anhand des Pflegeleitbildes mit dem Pflegemodell von Nancy Roper.

Zur Sicherung der Pflegequalität beim Kunden sind bestimmte Arbeitsvorgaben in Pflegestandards festgelegt. Die nationalen Expertenstandards sind bis auf die Wundversorgung und das Schmerzmanagement in die täglichen Abläufe integriert.

Die Pflegedokumentation und Pflegeplanung wird mit Dokumenten der Firma DAN durchgeführt. Hier erfolgte eine Umstellung von Optiplan.

Die Dienstplangestaltung obliegt den Wohnbereichsleitungen mit dem Programm Atoss, die Dienstpläne lagen in den Wohnbereichen aus, die Handzeichenlisten waren aktuell.

Fort-, und Weiterbildungspläne sind im Fortbildungsplan 2009/ 2010 beschrieben und sind den Mitarbeitern bekannt.

Zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter werden nachweislich Checklisten eingesetzt.

Die Kundenanforderungen werden anhand einer Pflegeanamnese mit Biographie und Planung dargestellt. Die Überprüfung der Pflegeziele erfolgt durch regelmäßige Evaluation des Pflegeprozesses und der Pflegevisite.

Im Seniorenzentrum Bethel Lichterfelde ist das Heimarztmodell nach dem Berliner Projekt eingeführt.

Der Umgang mit den Medikamenten und BTM wurde durch die Einsicht in den Medikamentenschrank und dem Vergleich mit den Medikamentenblättern der Pflegedokumentation nachgewiesen.

Die Dokumentation war von der Anamnese über die Pflegeprozessplanung bis hin zu den täglichen Berichten nachvollziehbar.

Im Auditgespräch mit den Mitarbeitern des Sozialdienstes wurde der Aufnahmeprozess begutachtet. Anhand von Praxisbeispielen konnte die Prozesskette vom Erstkontakt bis zum Anlegen der Bewohnerakte hervorragend von der Mitarbeiterin dargestellt werden.

Mit vielfältigen Freizeitangeboten und Veranstaltungen in Gruppen und Einzelangeboten wird die Betreuung durchgeführt. Im Veranstaltungsplan, wöchentlichen Aushängen und jahreszeitlichen Festen werden die Angebote bekannt gemacht.

Es werden Betreuungskräfte nach § 87 b eingeplant und als zusätzliche Betreuungsassistenten eingesetzt.

Im Bereich der Küche, Hauswirtschaft wurden die Schnittstellen zu den externen Firmen von den Mitarbeitern sehr gut dargestellt und durch die Begehung der Räumlichkeiten, Sichtung der Lager und Einsicht in die entsprechenden Nachweisdokumente die Vorgaben bestätigt.

Die Temperaturmessungen werden regelmäßig durchgeführt und lagen aktuell vor.

Die MPG Verwaltung und Wartungen wird durch die Haustechnik und ein Sanitätshaus sichergestellt. Alle Stichproben waren in den Bestandslisten zuordenbar und vollständig.

Die Wartungen werden als Wartungspläne für das Kalenderjahr geführt und kontinuierlich überwacht. Alle befragten Mitarbeiter zeigten bei den Interviews eine hohe soziale und fachliche Kompetenz.

## Stärken

- Hohe Motivation der Leitung und Mitarbeiter
- *Neuorganisation des Führungskreises*
- *Systematische Entwicklung des QMS wurde das vergangene Halbjahr sehr nachhaltig durchgeführt.*
- *Sehr hohe Prozesssicherheit und Kundenorientierung*
- *Strukturelle Umorganisation in Küche und HW zu mehr Effektivität und Sicherheit*
- *Hervorragendes Seelsorgekonzept und Umsetzung*

## Verbesserungen

- *Die Schnittstellen zum Krankenhaus in den Bereichen Verwaltung, Haustechnik mit Wartungen sollten beschrieben werden.*
- *Die Begleitung der Pflegehelfer sollte Systematisch erfolgen.*
- *Es wäre sinnvoll, alle Mitarbeiter mit dem Dienstplanprogramm zu verwalten.*
- *Das Fehlermanagement könnte effektiver gestaltet werden und durch den Einsatz von Fehlersammelkarten ergänzt werden.*
- *Die Ableitung der Maßnahmen aus der Risikoerfassung in der Anamnese sollte transparenter gestaltet werden.*

## **Das Seniorenzentrum Bethel Wiehl**

### **2.1.3 Prozessmanagement**

Das Seniorenzentrum Bethel Wiehl hat das prozessorientierte QM-System im Berichtszeitraum aufrechterhalten und in vielen Bereichen weiterentwickelt.

Der Inhalt des Managementsystems entspricht der Bezugsnorm Diakonie Siegel Pflege Version 2.

Der Aufbau folgt den wesentlichen Prozessen des Seniorenzentrums.

Die qualitätsrelevante und strategische Zielplanung erfolgt durch die Geschäftsführung sowie den weiteren Leitungskräften, die regelmäßig tagen. Hier werden die Pläne der Leitungsebene ebenso thematisiert wie die aus praktischen Erwägungen entstehenden Verbesserungspotenziale.

Die Planung durch die Leitungsebene erfolgt sehr gründlich und wird sehr gut dokumentiert. Als herausragende Qualitätsziele werden die Kundenzufriedenheit, Kundenorientierung, ein gutes Arbeitsklima sowie der diakonische Auftrag genannt. Zu allen Zielen konnten Kriterien und Nachweise vorgelegt werden, die den Grad der Zielerreichung angeben.

Die notwendigen Ressourcen werden zur Verfügung gestellt. Budgetpläne werden erstellt und sind bekannt. Die Planung der Strukturqualität durch Wartungen ist vertraglich geregelt und in einem Prüf- und Wartungskalender darstellbar. Alle eingesehenen Nachweise entsprechen den Planungen. Schulungspläne liegen vor und wurden entsprechend durchgeführt. Nachweise hierfür wurden vorgelegt. Grundlegende Änderungen an der Struktur des QM-Systems und den internen Abläufen wurden nicht vorgenommen und sind auch für die nähere Zukunft nicht geplant. Eine wirksame Prozessüberwachung ist im Einsatz.

#### **Stärken**

- Sehr gut beschriebenes Qualitätsmanagementsystem
- Sehr gute Auditberichterstattung und Maßnahmenpläne
- Sehr gutes Managementreview
- Hohe Motivation der Leitung und Mitarbeiter
- Hohe Kundenzufriedenheit
- Hochwirksame Prozesssteuerungsinstrumente

## Schwerpunkte des Verbesserungspotentials

- *Pflegedokumentation hinsichtlich der Transparenzkriterien weiter verbessern*
- *Zusätzliche Dokumentationsvisiten durchführen*
- *Inhaltsverzeichnis der externen Dokumenten erstellen*
- *Richtlinie der BZ- Geräte überarbeiten*
- *Bereich spezifische Ziele erarbeiten*
- *Fliegengitter in Hygienebereiche komplettieren*

### 2.1.4 Dokumentation des Managementsystems

Das QM-System ist dargestellt in einem QM-Handbuch. Es ist analog dem Bundesrahmenhandbuch DSP V.2 aufgebaut, wird zentral gesteuert und liegt allen MitarbeiterInnen in gedruckter Form bzw. digitaler Form zur Verfügung. Die Prozesse sowie Verfahren sind definiert. Das Managementsystem wurde im Berichtszeitraum 2009-2010 aktualisiert. Der Stand des Handbuches ist April 2010

#### Verbesserungen zentral

- *Es wäre sinnvoll die Aufgaben der Qualitätszirkel zu definieren und die Aufträge schriftlich zu benennen.*
- *Eine Verstärkung der Datenanalyse aus den Auswertungen würde den KVP Prozess deutlicher darstellen.*
- *Die Stellenbeschreibungen des Sachbearbeiters Produkte sollten auf die QM Forderungen hin überprüft werden.*
- *Die Schnittstellenbeschreibungen, intern und extern sollten überarbeitet werden*
- *Die Praxistauglichkeit der Software MCC in der Pflegeplanung sollte überprüft werden, dadurch wird der Prozess Transparenter, die Abläufe sicherer und einfacher. Zudem ist bei einem einheitlichen Formularsystem eine Zeitersparnis in der Erstellung zu erwarten.*

## 2.5 Leistungserbringung zum Kunden

Die nachvollzogenen Prozesse der Pflege, Hauswirtschaft, sozialer Betreuung sowie Arbeitsschutz und Hygienemanagement werden entsprechend den Vorgaben des Systems durchgeführt. Die erforderlichen Aufzeichnungen werden geführt, die Rückverfolgbarkeit sichergestellt.

**Die Prozesskette** → Handzeichenliste → Hygieneplan → Dienstplan → Prüfmittel (RR + BZ Gerät) → Pflegeplanung und Pflegedokumentation → Umgang mit Patienteneigentum → Medikamente → BTM, Hilfsmittel → Heimverträge → Dienstbesprechungen → wurde nachvollzogen. Die in Augenschein genommenen Geräte, Blutdruckmessgerät, Blutzuckermessgerät, Lifter und Waagen, als auch die Regelungen zur BGV A3 entsprachen den Bestimmungen.

### **3 Geschäftstätigkeit und Zertifizierung**

#### **3.1 Geschäftstätigkeit des Diakoniewerks Bethel Berlin**

**Ambulante Pflege** in den Pflegediensten Bethel Lichterfelde, Bad Oeynhausen, Friedrichshain, Diakoniestation Welzheim,

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

#### **3.2 Kriterien und Geltungsbereich der Zertifizierung**

Geltungsbereich

Ambulante und stationäre Pflege

#### **3.3 Anwendung der Kriterien / Ausschlüsse**

Ausschlüsse F.1.7 Entwicklung neuer Leistungsangebote.

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 6,5 Personentagen WB und 1 PT Systemanalyse an folgenden Standorten folgende Audittätigkeiten durchgeführt:

Wiederholungsbegutachtung

Einrichtung	Adresse	Bundesrahmenhandbuch Diakonie-Siegel Pflege (DSP) Version 2.0	AZ: 001835 Datum
Pflegedienst Bethel Lichterfelde	Boothstr.30, 12207 Berlin	01.02.2007	16-17.06.10
Seniorenzentrum Bethel Lichterfelde	Promenadenstr.6-7 12207 Berlin	01.02.2007	17.18.06.10
Seniorenzentrum Bethel Wiehl	Wülfringshausenerstr.80 51674 Wiehl	01.02.2007	07-09.06.10
Diakoniewerk Bethel e.V. Hauptverwaltung	Promenadenstr.5a 12207 Berlin	01.02.2007	15.06.10

Systemanalyse 14.06.2010

(Details siehe Zeitplan)

### 4.2 Stichprobenbasis

Während der Erstbegutachtung 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 DSP auditert. Zu diesem Zweck wurden Interviews mit einer repräsentativen Anzahl von Führungskräften und anderen Mitarbeitern geführt.

	Personenzahl	davon interviewt	%
Führungskräfte	3	3	100
andere Mitarbeiter	49	15	30
Gesamt	52	18	34

Tabelle 1: Stichprobenbasis Interviewpartner Diakoniestation Lichterfelde



	Personenzahl	davon interviewt	%
Führungskräfte	3	3	100
andere Mitarbeiter	32	8	25
Gesamt	35	11	31

Tabelle 1: Stichprobenbasis Interviewpartner Seniorenzentrum Lichterfelde

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 Führungskräfte 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**

Frau Dr. Lehmann-Giannotti

Telefon 0 30 / 77 91 43 01  
Telefax 0 30 / 77 91 43 21  
E-Mail [Katja.Lehmann-Giannotti@BethelNet.de](mailto:Katja.Lehmann-Giannotti@BethelNet.de)

Beauftragter der Geschäftsstelle Andreas Dietel

Telefon 030 / 77914302  
Telefax 030 / 77914322  
E-Mail [Andreas.Dietel@BethelNet.de](mailto:Andreas.Dietel@BethelNet.de)

### **5.2 Auditteam**

Ulrich Seisler, Auditleiter

Telefon 0 62 71 / 58 78, 01 71 / 6 40 93 62  
Telefax 0 62 71 / 91 72 86  
E-Mail [ulrich.seisler@freenet.de](mailto:ulrich.seisler@freenet.de)

Johann Lukasik, Co-Auditor

Telefon 01 77 / 3 20 27 93  
Telefax  
E-Mail [webmaster@lukasik.de](mailto:webmaster@lukasik.de)

### **5.3 Kundenbetreuung der pCC**

Christine Strauß, Kundenbetreuerin

Telefon 0 69 / 9 54 27 - 2 49  
Telefax 0 69 / 9 54 27 - 8 02  
E-Mail [c.strauss@procum-cert.de](mailto:c.strauss@procum-cert.de)

## 6 Nächste Schritte

### 6.1 Maßnahmen der Einrichtung

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 Systemförderung wird, sofern keine wesentlichen Änderungen am Managementsystem vorgenommen werden,

Juni 2011 (analog des Angebotes vor Ort)  
durch zwei Auditoren durchgeführt.

Das Audit wird voraussichtlich folgende Standorte einbeziehen:

Nach Angebot

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

Bericht erstellt 19.06.2010 Ulrich Seisler, Auditleiter

Bericht geprüft und freigegeben

---

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 werden von den Mitgliedern des Auditteams und von der pCC vereinbarungsgemäß vertraulich behandelt.

### Verteiler

pCC

Diakoniewerk Bethel