

Paritätisches Qualitäts-Siegel®



Bericht der externen Begutachtung zur Verleihung des Paritätischen Qualitäts-Siegels®

Träger: Alzheimer Angehörigen-Initiative e.V.
Alzheimer Angehörigen-Initiative gGmbH

Gruppenaudit e.V. und gGmbH: Hinweis: ein gemeinsames Audit beider Organisationen, der e. V. ist
alleiniger Gesellschafter der am 01.01.2010 gegründeten gGmbH

Anschrift Träger: Reinickendorfer Str. 61 (Haus 1) Tel. mobil 0178 3521765
13347 Berlin Tel. 030 47378995,
christiane.sarr@alzheimerForum.de

Verantwortliche des Trägers: Fr. Drenhaus-Wagner (1. Vorsitzende e.V.), Herr Wagner
Hr. Fehlau (GF gGmbH)
Frau Sarr (QMB)
Weitere TN des Audits: s.
Auditplan

Paritätische Q-Gemeinschaft: Berlin

Prüfinstitution: SQ Cert GmbH
Düsseldorfer Straße 9
60329 Frankfurt am Main

Tel. (069) 26956877 - 0
Email: info@sq-cert.de
www.sq-cert.de

Geschäftsführung: Hedwig Semmusch

Auditoren und beteiligte Personen: Frau Bogumila Szyja
bogumila.szyja@paritaet.org

Tel. 030 - 24 636363

Anlass der Begutachtung: Verleihung des Paritätischen Qualitäts-Siegels®

Datum Dokumentenprüfung: 20.11.2016
Datum der Vor-Ort-Begutachtung: 24.11.2016
Ergebnis des Audits: positiv
Zertifikat ausgestellt am: 13.01.2017

Gültig bis: 12.01.2020



Nr.	Qualitätsmerkmal	G	Bew.	Punkte	Anmerkungen/Begründung
I	Dokumentenprüfung				
B	Grundlagen der Organisation				
I.B.1	Gehen die grundlegenden Werte und Ziele der Organisation aus dem Leitbild und/oder Konzeption hervor?	3	4	3	Grundlegende Werte und Ziele sind u.a. in der Satzung, im Leitbild und in der Vision (mit Struktur in Anlehnung an das EFQM-Modell), in der Konzeption und im Wertekanon beschrieben.
I.B.2	Besitzt die Organisation eine aussagekräftige und aktuelle Konzeption, aus der die Grundlagen der fachlichen Arbeit hervorgehen?	3	4	3	eine aktuelle Gesamtkonzeption liegt vor - sie wurde überarbeitet (Stand 13.02.2015)
I.B.3	Sind die Aufgaben von Träger/Vorstand und Einrichtungsleitung nachvollziehbar abgegrenzt?	2	4	2	ja, geregelt u.a. in der Satzung (e.V.) bzw. im Gesellschaftsvertrag (gGmbH) sowie durch die Aufgaben- und Stellenbeschreibungen und Geschäftsordnungen für beide juristische Personen.
I.B.4	Besitzt die Organisation eine Strategie für die nächsten Jahre (ggf. als Maßnahmepläne aus Klausurtagungen oder ähnlichem formuliert)?	2	4	2	Eine 5-Jahresstrategie liegt vor, teilweise mit konkreten Zielen. Die Umsetzung ist u.a. in den Jahresentwicklungsberichten an die SQ Cert ersichtlich. Im Gespräch wurden weitere strategische Ziele erläutert, u.a. die Absicht für die Erweiterung der Dienstleistungen in Bezug auf die Tagespflege für Demenzerkrankte, fachliches Engagement für die Zielgruppe (über Dialogforum Demenz, Fachforum) und Information von Bundesabgeordneten über Probleme und Lösungsvorschläge für die Zielgruppe, Beratungseinsätze in der eigenen Häuslichkeit gem. § 37 Abs. 3 SGB XI oder Beteiligung an Modellvorhaben gem. § 125 SGB XI (häusliche aktivierende Betreuung mit Unterstützung in der Hauswirtschaft).
I.B.5	Besitzt die Organisation ein aussagekräftiges Organigramm (oder eine alternative Darstellung aus der die relevanten Informationen hervorgehen)?	3	2	1,5	Das Organigramm ist sowohl für den e.V. als auch für die gGmbH in einem Dokument dargestellt. Durch die unterschiedlichen Farben sind die beiden Strukturen erkennbar. Es wird vereinbart, dass eine getrennte Darstellung erfolgt, da es sich um zwei getrennte juristische Personen mit unterschiedlichen Gremien und Verantwortlichkeitsstrukturen handelt.
I.B.6	Besitzt die Organisation einen angemessenen Stellenplan?	2	3	1,5	Der Stellenplan wurde im Nachgang zum Audit erstellt.
I.B.7	Liegen für die MitarbeiterInnen angemessene Stellen-/Aufgaben-/Be-reichsbeschreibungen vor (kann bei kleinen Organisationen ggf. durch aussagekräftige Prozessbeschreibungen kompensiert werden)?	2	4	2	ja, sehr gute und strukturierte Darstellungen der Aufgaben und Stellen mit Verweisen auf mitgeltende Dokumente (z.B. Verpflichtung zum Datenschutz)
I.B.8	Bestehen angemessene Dienstplan- und Urlaubsregelungen?	1	4	1	ja
I.B.9	Bestehen angemessene Regelungen zur Lenkung der Dokumente (Sicherstellung der Aktualität, regelmäßige Überprüfung, Vernichtung, Verteilung, Verfügbarkeit)?	2	3	1,5	u.a. Ablagestruktur gem. der Prozessstruktur, Zugriffsrechte, Datensicherung, Verteilung sind beschrieben und werden weitgehend eingehalten.
I.B.10	Ist der Umgang mit sensiblen Daten geklärt (Papier und EDV)?	2	4	2	Weitgehende Vorgaben zur Datensicherung liegen vor. Datenschutzbeauftragte (extern) überprüfen die Formulierungen und belehren die Mitarbeiter/innen.
I.B.11	Bestehen eine Aufflistung der Kooperationspartner und Regelungen zum Umgang mit diesen?	1	4	1	ja

C	Angebot und Leistungserbringung - Leistungen und Prozesse der Organisation			
I.C.1	Hat die Organisation die relevanten Interessensgruppen und ihre Einflussmöglichkeiten erfasst? (Anforderungen, Bedarfe, Erwartungen der Interessensgruppen)	2	4	2 ja: Anspruchsgruppen mit Bilanzierung bzgl. des Abhängigkeitsgrades sowie Beschreibung der Erwartungen und Verweis auf die Kooperationspartner. Hinweis: eine periodische Überprüfung auf die Aktualität ist notwendig (aktueller Stand 2010).
I.C.2	Sind die wichtigsten Leistungen der Organisation in angemessener Weise beschrieben (z.B. als Leistungsbeschreibung)?	3	4	3 schriftliche Standards zu den Leistungen liegen zu allen wichtigen Prozessen/Dienstleistungen vor
I.C.3	Sind die Kernprozesse der Organisation nachvollziehbar identifiziert?	3	4	3 s.o.
I.C.4	Werden die Zusammenhänge (bzw. Wechselwirkungen) zwischen den Prozessen in angemessener Weise deutlich (schriftliche oder graphische Darstellung, sofern nicht durch Bezeichnungen selbsterklärend)?	2	4	2 s.o., ergänzend liegt eine Matrixdarstellung mit den Schnittstellen vor (Gesamtübersicht zu Leistungen und Prozessen). In den Standards sind zahlreiche Verweise auf weitere Prozesse und Dokumente enthalten
I.C.5	Ist der Kernprozess der Aufnahme (inkl. Werbung, Anbahnung der Leistung etc.) nachvollziehbar und angemessen beschrieben?	2	4	2
I.C.6	Ist der Kernprozess der Planung der Leistungserbringung (ggf. inkl. Anamnese, Diagnostik etc.) nachvollziehbar und angemessen beschrieben?	2	4	2
I.C.7	Ist der Kernprozess zur Durchführung der Leistungen (Therapie, Beratung, Betreuung etc.) nachvollziehbar und angemessen beschrieben?	2	4	2
I.C.8	Ist der Kernprozess der Beendigung der Leistung (inkl. vorzeitiger Abbruch) nachvollziehbar und angemessen beschrieben?	2	4	2
I.C.9	Sind die wichtigsten Führungsprozesse sowie diesbezügliche Verantwortlichkeiten benannt? (Hinweis: keine Prozessbeschreibung erforderlich)	1	4	1
I.C.10	Sind die wichtigsten Unterstützungsprozesse sowie diesbezügliche Verantwortlichkeiten benannt? (Hinweis: keine Prozessbeschreibung erforderlich)	1	4	1

F	Qualitätsmanagement					
I.F.1	Ist der Revisionsstand des Handbuchs und der mitgeltenden Unterlagen erkennbar (aus A - Wegweiser)?	1	4	1	die Revisionsstände der Dokumente sind durch die Fußnoten erkennbar	
I.F.2	Besitzt die Organisation eine angemessene QM-Dokumentation, um ein funktionierendes System abzubilden?	3	4	3	ja, sehr gut strukturiert und auch elektronisch im Intranet verfügbar.	
I.F.3	Ist der PDCA-Zyklus nachvollziehbar in der QM-Dokumentation verankert (an sinnvollen Stellen)?	3	4	3		
I.F.4	Wird die Steuerung des QM-Systems aus der QM-Dokumentation deutlich?	3	4	3		
I.F.5	Sind die Aufgaben des/der QM-Beauftragten, der Leitung sowie der Mitarbeiter beschrieben?	2	4	2		
I.F.6	Bestehen in der Organisation überprüfbare und terminierte Qualitätsziele?	1	4	1	Die Ziele sind sowohl in der Strategie als auch in den jährlichen Qualitätsentwicklungsberichten formuliert und durch Maßnahmen sowie Kommentare zum Status der Umsetzung nachvollziehbar.	
I.F.7	Ist der Zugriff auf die jeweils relevanten Regelungen des QM-Systems für alle MitarbeiterInnen gegeben?	2	4	2		

II	Audit vor Ort					
B	Grundlagen der Organisation					
II.B.1	Sind die grundlegenden Werte und Ziele der Organisation (z.B. aus dem Leitbild und/oder der Konzeption) allen MitarbeiterInnen bekannt?	5	4	5	ja, u.a. durch eine systematische Einarbeitung und kontinuierliche fachliche Fort-/Weiterbildung der MitarbeiterInnen, Kommunikation des Leitbildes und der Konzeption nach Innen und Außen	
II.B.2	Sind die fachlichen Grundlagen der Arbeit allen MitarbeiterInnen mit Zielgruppenkontakt vertraut?	5	4	5	ja s.o.	
II.B.3	Haben die MitarbeiterInnen eine Vorstellung über die Strategie der Organisation für die nächsten Jahre?	2	4	2	ja. u.a. über die Pläne zur Tagespflege	
II.B.4	Sind die Zuständigkeiten in der Organisation insgesamt bekannt (z. B. Organigramm)?	3	4	3		
II.B.5	Können alle MitarbeiterInnen korrekte Aussagen zum Umgang mit dem QM-Handbuch machen (Verbindlichkeit, Kerninhalte, Zielsetzung)?	2	4	2		
II.B.6	Erweisen sich die vorhandenen Stellen-/Aufgaben-/Bereichsbeschreibungen als ausreichend (Aktualität, Klarheit bei den InhaberInnen)?	2	4	2		
II.B.7	Sind die relevanten Regelungen zur Datensicherung (EDV- und Papierdaten) denn MitarbeiterInnen bekannt?	1	4	1		
II.B.8	Sind den MitarbeiterInnen die Notwendigkeit einer Lenkung von Dokumenten und Aufzeichnungen bewusst?	2	4	2		
II.B.9	Werden überwiegend durch das QM-System gelenkte Dokumente verwendet?	2	4	2		
II.B.10	Setzen die/der QM-Beauftragte und die Leitung die Anforderungen zur Dokumentenlenkung gemäß den definierten Anforderungen um?	5	4	5		
II.B.11	Werden die Regelungen zur internen Kommunikation umgesetzt (Informationsflüsse, Besprechungen etc.)?	3	4	3		
II.B.12	Sind - sofern vorhanden - die Schnittstellen zu Unteraufnehmern geklärt?	1	4	1		

C	Angebot und Leistungserbringung - Leistungen und Prozesse der Organisation			
II.C.1	<i>Können die Leitungskräfte nachvollziehbare Aussagen dazu machen, wie sie die Erwartungen ihrer Interessenpartner ermitteln und wie die aktuellen Erwartungen lauten? (aus D: Anforderungen, Bedarfe, Erwartungen der Interessensgruppen)</i>	5	4	5
II.C.2	Verfügt die Organisation über angemessene Informationsmaterialien für die Zielgruppe (KlientInnen, Angehörige etc.)?	2	4	2
II.C.3	Ist die Beschreibung der wichtigsten Leistungen der Organisation (z.B. als Leistungsbeschreibung) den MitarbeiterInnen bekannt?	2	4	2
II.C.4	Sind die Kernprozesse der Organisation allen MitarbeiterInnen bekannt?	3	4	3
II.C.5	Kann die Leitung die Zusammenhänge (bzw. Wechselwirkungen) zwischen den Prozessen nachvollziehbar erläutern?	2	4	2
II.C.6	Wird der Kernprozess der Aufnahme (inkl. Werbung, Anbahnung der Leistung etc.) umgesetzt (Befragung der Beteiligten, nachvollziehbare Dokumentation)?	2	4	2
II.C.7	Wird der Kernprozess der Planung der Leistungserbringung (ggf. inkl. Anamnese, Diagnostik etc.) umgesetzt (Befragung der Beteiligten, nachvollziehbare Dokumentation)?	2	4	2
II.C.8	Wird der Kernprozess zur Durchführung der Leistungen (Therapie, Beratung, Betreuung etc.) umgesetzt (Befragung der Beteiligten, nachvollziehbare Dokumentation)?	2	4	2
II.C.9	Wird der Kernprozess der Beendigung der Leistung (inkl. vorzeitiger Abbruch) umgesetzt (Befragung der Beteiligten, nachvollziehbare Dokumentation)?	2	4	2
II.C.10	<i>Können die Beteiligten an den wichtigsten Führungsprozessen deren Ablauf gleichermaßen erläutern?</i>	5	4	5
II.C.11	<i>Können die Beteiligten an den wichtigsten Unterstützungsprozessen deren Ablauf gleichermaßen erläutern?</i>	5	4	5
II.C.12	Werden die definierten internen und externen Anforderungen an die Dokumentation der Leistungen (inkl. Lenkung der Aufzeichnungen) erfüllt?	3	4	3

u.a. Internetdarstellung, Flyer, Broschüren, Fachbeiträge in Zeitschriften, Beteiligung an Fachforen und Modellvorhaben. Sehr wichtige Rolle spielt Mund-zu-Mund-Propaganda

ja

Eine wichtige Rolle spielt die Aufnahme bzw. die Anbahnung der Leistung. Hierzu wird Einsatz eines unter Beachtung des Datenschutzes entwickelten Formulars in Kooperationsprojekten mit Krankenhäusern und Beratungsstellen erprobt. Ziel ist, die Unterstützung für Angehörige so schnell, wie möglich zu organisieren und sie rechtzeitig zu entlasten, so dass die Erkrankten lange zu Hause in der gewohnten Umgebung bleiben können. Die Ergebnisse sind jedoch z.Z. noch nicht zufriedenstellend.

ja, die Planung wird weitgehend durch die Teams vor Ort gemacht. Damit ist eine Selbststeuerung möglich, was eine Flexibilisierung einerseits und eine hohe Motivation der Teams andererseits zur Folge hat. Eine Unterstützung durch die Koordinatorin ist möglich.

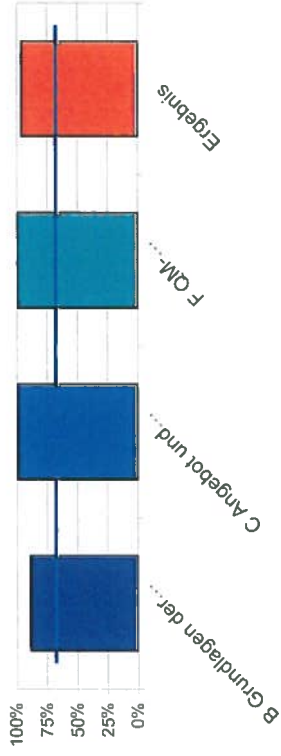
E	Ergebnisqualität			
II.E.1	Kann die Leitung Aussagen über die Methoden zur Bewertung der Ergebnisse und Wirkungen der Kernleistungen/Prozesse machen?	3	2	1,5 die Bewertung der Ergebnisse und der Wirkungen ist nur begrenzt möglich. In Bezug auf die Kernprozess meistens in einer längeren Zeitspanne durch die Rückmeldungen der Nutzer und Beobachtung der Angehörigen und der Demenzerkrankten. Es finden unregelmäßige schriftliche Befragungen für ausgewählte Angebote statt (z. B. betreute Urlaube, Gruppenangebote) und ein mündliches Feedback. Ebenso werden Bewertungen in Teamsitzungen vorgenommen. In drei Tabellen (Messung der Ergebnisqualität) werden Methoden der Leistungserfassung dargestellt.
II.E.2	Umfasst die Messung der Ergebnisse sowohl den Output (Leistungsergebnisse) als auch den Outcome (Wirkungen)?	3	2	s.o. 1,5
II.E.3	Wird die Erfassung der Ergebnisse und Wirkungen der Kernleistungen nachgewiesen (z.B. durch Statistiken, Protokolle)	3	2	s.o. 1,5
II.E.4	<i>Kann die Leitung konkrete Aussagen über die Methoden zur Messung der Zufriedenheit der Interessensgruppen treffen (dies betrifft im Falle nicht vorliegender Ergebnisse eine feste Zeitplanung)?</i>	5	3	s.o., eine schriftliche Befragung der Mitarbeiter/innen wird nicht durchgeführt, es besteht jedoch die Möglichkeit, ein individuelles Gespräch mit dem Vorgesetzten zu führen. In den regelmäßigen Teambesprechungen findet ein mündliches Austausch statt. Eine regelmäßige Erfassung von Mitarbeiterideen wird empfohlen. teilweise 3,75
II.E.5	Liegen Ergebnisse zur Messung der Zufriedenheit der Interessenpartner vor?	2	2	1
II.E.6	Wurden aus den vorliegenden Ergebnissen Maßnahmenpläne nachvollziehbar abgeleitet (inkl. Umsetzungsstand, falls relevant)?	2	4	2 ja, z.B. die geplante Tagespflege basiert auf den mündlichen Rückmeldungen der Angehörigen

F	Qualitätsmanagement					
II.F.1	Ist der PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act / Planen-Umsetzen-Prüfen-Handeln) in den Prozessen bei der Leitung und bei den MitarbeiterInnen verankert?	3	4	3		
II.F.2	<i>Sind allen MitarbeiterInnen die Zuständigkeiten für das Qualitätsmanagement bekannt?</i>	5	4	5		
II.F.3	<i>Sind die Regelungen zum Umgang mit Fehlern und Beschwerden bekannt und werden diese angewendet?</i>	5	3	3,75		Ein systematisches Beschwerdemanagement liegt vor. Auf Beschwerden und erkannte Fehler wird kurzfristig reagiert. Eine Erweiterung um Fehlermanagement und eine umsichtige Bearbeitung auch unter Beteiligung der MitarbeiterInnen wird empfohlen
II.F.4	Werden die Regelungen zum Umgang mit Fehlern und Beschwerden nachgewiesen angewendet?	2	3	1,5		s.o.
II.F.5	Werden nachweislich interne Audits oder andere Ansätze zur Überprüfung der Umsetzung des Qualitätsmanagements verfolgt?	3	3	2,25		Die Überprüfung der Umsetzung von QM findet u.a. im Rahmen der Vorstands- und Gesellschafterversammlung statt. Eine Auswertung der erreichten Ergebnisse und ihre Bewertung soll anhand des geplanten Social Reporting Standard dargestellt werden. Eine zusätzliche Überprüfung in Form von Audits findet nicht statt.
II.F.6	Finden regelmäßige Überprüfungen der Eignung/Angemessenheit und Wirksamkeit des QM-Systems statt (keine vollständige Managementbewertung nach ISO 9001 mit festgelegten Eingaben und Ergebnissen)?	3	3	2,25		s.o. Eine jährliche Qualitätsberichterstattung ist u.a. ein Resultat der Bewertung durch die Leitung und beinhaltet auch die Planung für die kommende Zeitperiode.
II.F.7	<i>Liegen schriftliche Ergebnisse einer Bewertung der Wirksamkeit des QM-Systems (inkl. Führungs- und Unterstützungsprozesse) durch die Organisation</i>	5	4	5		in Form von jährlichen Qualitätsentwicklungsberichten und den strukturierten Sachberichten an die Senatsverwaltung sowie Rückmeldungen der Angehörigen
II.F.8	Reichen die beschriebenen Bestandteile des QM-Systems aus, um dessen Funktionieren in der Praxis - soweit möglich - sicher zu stellen?	3	4	3		

Dokumentenprüfung

B Grundlagen der Organisation	89,1%
C Angebot und Leistungserbringung - Leistungen und Prozesse der Org.	100,0%
F QM- Qualitätsmanagement	100,0%
Ergebnis	96,4%

Ergebnisübersicht Dokumentenprüfung



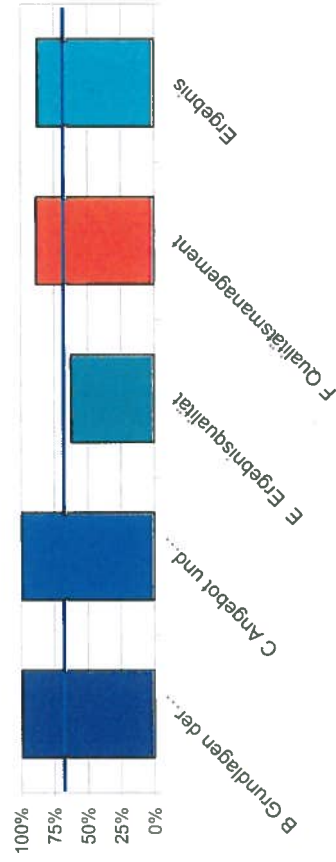
Kommentar:

Alzheimer Angehörigen Initiative (e. V. und gGmbH) haben gemeinsam ein Qualitätsmanagement eingeführt und entwickeln ihn kontinuierlich weiter. Bereits seit 2010 wird das System auch extern begutachtet und zertifiziert. Durch eine regelmäßige Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter/innen wird ein hohes Grad der Professionalisierung angestrebt (ein Punktesystem). Eine zunehmende Herausforderung liegt z.Zt. im Anwerben von Ehrenamtlichen. Hierzu sollen Ideen entwickelt werden. Der Wunsch der Mitarbeiter/innen für Beteiligungsmöglichkeiten (Ideen) und Weiterentwicklung der Angebote wurde im Gespräch geäußert und soll auch überprüft werden. Ein wichtiges Thema ist weiterhin die Aufklärung der Gesellschaft und Politik über die Demenz und die Notwendigkeit, einer frühzeitigen Unterstützung und Entlastungsangebote für die pflegenden Angehörigen. Hierzu beteiligt sich die AAI an dem interdisziplinären Dialogforum Demenz, an Kongressen der deutschen Alzheimer Gesellschaft, Forschungs- und Modellprojekten, organisiert jährlich ein Alzheimer-Symposium, nimmt Kontakte zu Politik auf etc. Empfehlung: ggf. Kontaktaufnahme mit den Bundestagsfraktionen, dem Patientenbeauftragten der Bundesregierung und dem Fachreferenten Pflege des Paritätischen Gesamtverbandes diesbezüglich.

Die Auditorin bedankt sich herzlich für das anregende und offene Gespräch und wünscht der AAI eine positive Entwicklung und viele Erfolge.

Audit vor Ort	
B Grundlagen der Organisation	100,0%
C Angebot und Leistungserbringung - Leistungen und Prozesse der Org.	100,0%
E Ergebnisqualität	62,5%
F Qualitätsmanagement	88,8%
Ergebnis	87,8%

Ergebnisübersicht Audit vor Ort



Die k.o.-Fragen wurden alle erfüllt? ja

Gesamtergebnis (1/3 Doku.pr.; 2/3 Audit vor Ort) **87%**

Die Erteilung des Qualitätstests wird empfohlen (ja - nein)? ja

Bericht erstellt (Name, Ort, Datum):

Bogumila Szyja, Berlin, 04.12.2016

Bericht überprüft und freigegeben (Name, Ort, Datum):

Hedwig Semmusch, Frankfurt/Main (Datum)

Semmusch

Verteiler

Alzheimer Angehörigen-Initiative e. V. Alzheimer Angehörigen-Initiative gGmbH

SQ Cert GmbH

Erläuterungen: Achtung detaillierte Aussagen finden Sie in der Beschreibung des Ablaufs!

G = Gewichtung (1=weniger wichtig, 2= wichtig, 3 = sehr wichtig, 5 = notwendig/ k. O. -Frage)

Bew. = Bewertung (0 = nicht erfüllt; 1 = 25% kaum erfüllt; 2 = 50% teilweise erfüllt;

3 = 75% weitgehend erfüllt , 4= 100% voll erfüllt)

Ampel-Prinzip: Grün = bei Bewertung 3 (75%) oder 4 (100 %) = kaum oder kein Handlungsbedarf

Gelb = bei Bewertung 2 (50%) Handlungsbedarf

Rot = bei Bewertungen 0 und 1 (25%) - sehr hoher Handlungsbedarf, höchste Priorität

Punkte = Gewichtung x Bewertung x 0,25

