

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 gGmbH

Anschrift Träger: Reinickendorfer Str. 61 (Haus 1)
13347 Berlin Tel. 030 34627084
christiane.sarr@alzheimer.berlin

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

Paritätische Q-Gemeinschaft: Berlin

Prüfinstitution: SQ Cert GmbH Tel. (069) 26956877 - 0
Großer Hasenpfad 30 Email: info@sq-cert.de
60598 Frankfurt am Main www.sq-cert.de

Geschäftsführung: Thomas Pawelleck

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: 15.12.2019
Datum der Vor-Ort-Begutachtung: 18.12.2019
Ergebnis des Audits: positiv
Zertifikat ausgestellt am: 13.01.2020

Gültig bis: 12.01.2023

| 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 | ja, sie sind sowohl in der Satzung, im Leitbild, in der Vision, im Wertekanon und in Leitsätzen sowie in der Konzeption und im Leitspruch "Freude erleben trotz Alzheimer" sichtbar. |
| I.B.2 | Besitzt die Organisation eine aussagekräftige und aktuelle Konzeption, aus der die Grundlagen der fachlichen Arbeit hervorgehen? | 3 | 4 | 3 | ja, QMH B.2. Gesamtkonzeption (e.V. und gGmbH), weitere Konzepte (Projekt P252, Tagespflege, Betreuung gem. § 125 SGB XI, und Beratungsbesuche gem. § 37 Abs. 3 SGB XI) |
| I.B.3 | Sind die Aufgaben von Träger/Vorstand und Einrichtungsleitung nachvollziehbar abgegrenzt? | 2 | 4 | 2 | ja, e.V. und gGmbH (Geschäfts- und Finanzordnungen), durch die Stellenbeschreibungen und Vollmachten |
| I.B.4 | Besitzt die Organisation eine Strategie für die nächsten Jahre (ggf. als Maßnahmepläne aus Klausurtagungen oder ähnlichem formuliert)? | 2 | 3 | 1,5 | Eine 5-Jahresstrategie (2015-2019) liegt vor. Anfang kommenden Jahres wird eine neue Strategie beraten. Viele Ziele wurden erfolgreich realisiert (dokumentiert u. a. in den jährlichen Qualitätsentwicklungsberichten an die SQ Cert). |
| I.B.5 | Besitzt die Organisation ein aussagekräftiges Organigramm (oder eine alternative Darstellung aus der die relevanten Informationen hervorgehen)? | 3 | 2 | 1,5 | Es liegen ein gemeinsames Organigramm für den e.V. und die gGmbH sowie eines für die gGmbH vor. Da es sich um zwei juristische Personen handelt, wurde bereits im letzten Audit eine getrennte Darstellung vereinbart, jedoch bis jetzt nur teilweise realisiert. |
| I.B.6 | Besitzt die Organisation einen angemessenen Stellenplan? | 2 | 3 | 1,5 | In den jeweiligen Projektanträgen werden Stellenpläne erstellt. Es wird empfohlen, einen Stellenplan für den e.V. und die gGmbH zu erstellen. |
| I.B.7 | Liegen für die MitarbeiterInnen angemessene Stellen-/Aufgaben-/Bereichsbeschreibungen vor (kann bei kleinen Organisationen ggf. durch aussagekräftige Prozessbeschreibungen kompensiert werden)? | 2 | 4 | 2 | ja, es liegen sehr gut strukturierte Aufgabenbeschreibungen vor. |
| 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 | 4 | 2 | ja, Regeln sind beschrieben (Erstellung und Freigabe von QM-Dokumenten, Server-Ablagestruktur und Aktenplan) |
| I.B.10 | Ist der Umgang mit sensiblen Daten geklärt (Papier und EDV)? | 2 | 2 | 1 | Der Umgang mit sensiblen Daten ist weitgehend geklärt. Die Umsetzung der Vorschriften der DSGVO wurde nachgewiesen, mit der Ausnahme der schriftlichen Information der Angehörigen über den Umgang mit den personenbezogenen Daten. Es wird vereinbart, dass bis zum 15.03.2020 ein schriftlicher Nachweis der Umsetzung an die SQ Cert versendet wird. |
| I.B.11 | Bestehen eine Auflistung der Kooperationspartner und Regelungen zum Umgang mit diesen? | 1 | 4 | 1 | ja, eine Auflistung der Kooperationspartner und allgemeine Regeln zum Umgang sind im QMH beschrieben (Stand 2018, Rev. 2019). Ebenso wurden die Mitgliedschaften des e.V. und der gGmbH aufgeführt. |
| C Angebot und Leistungserbringung - Leistungen und Prozesse der Organisation | | | | | |
| I.C.1 | Hat die Organisation die relevanten Interessengruppen und ihre Einflussmöglichkeiten erfasst? (Anforderungen, Bedarfe, Erwartungen der Interessensgruppen) | 2 | 4 | 2 | ja, die relevanten Anspruchsgruppen sind im QMH benannt, die Abhängigkeiten und die gegenseitigen Erwartungen beschrieben. |

| | | | | | |
|----------|--|---|---|---|---|
| I.C.2 | Sind die wichtigsten Leistungen der Organisation in angemessener Weise beschrieben (z.B. als Leistungsbeschreibung)? | 3 | 4 | 3 | ja, QMH C.2: es liegen eine Gesamtübersicht und detaillierte Beschreibungen der Standards zu den Leistungen des e.V. und der gGmbH sowie Verhaltensleitlinien (z. B. für die Beschäftigung, Verpflegung und Kommunikation mit den Demenzkranken) vor. |
| I.C.3 | Sind die Kernprozesse der Organisation nachvollziehbar identifiziert? | 3 | 4 | 3 | ja |
| 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 | ja, in den jeweiligen Standards werden durch Verweise auf weitere Prozesse und Dokumente die Zusammenhänge sichtbar. |
| I.C.5 | Ist der Kernprozess der Aufnahme (inkl. Werbung, Anbahnung der Leistung etc.) nachvollziehbar und angemessen beschrieben? | 2 | 4 | 2 | ja |
| I.C.6 | Ist der Kernprozess der Planung der Leistungserbringung (ggf. inkl. Anamnese, Diagnostik etc.) nachvollziehbar und angemessen beschrieben? | 2 | 4 | 2 | ja |
| I.C.7 | Ist der Kernprozess zur Durchführung der Leistungen (Therapie, Beratung, Betreuung etc.) nachvollziehbar und angemessen beschrieben? | 2 | 4 | 2 | ja |
| I.C.8 | Ist der Kernprozess der Beendigung der Leistung (inkl. vorzeitiger Abbruch) nachvollziehbar und angemessen beschrieben? | 2 | 4 | 2 | ja |
| I.C.9 | Sind die wichtigsten Führungsprozesse sowie diesbezügliche Verantwortlichkeiten benannt? (Hinweis: keine Prozessbeschreibung erforderlich) | 1 | 4 | 1 | ja, QMH C.3 u. a. Einstellung (Haupt- und Ehrenamt), Personalentwicklung, Budgetplanung, Finanzen, Controlling |
| I.C.10 | Sind die wichtigsten Unterstützungsprozesse sowie diesbezügliche Verantwortlichkeiten benannt? (Hinweis: keine Prozessbeschreibung erforderlich) | 1 | 4 | 1 | ja, QMH C.4 |
| F | Qualitätsmanagement | | | | |
| I.F.1 | Ist der Revisionsstand des Handbuchs und der mitgeltenden Unterlagen erkennbar (aus A - Wegweiser)? | 1 | 4 | 1 | ja, in den einzelnen Dokumenten des QMH. |
| I.F.2 | Besitzt die Organisation eine angemessene QM-Dokumentation, um ein funktionierendes System abzubilden? | 3 | 4 | 3 | ja |
| I.F.3 | Ist der PDCA-Zyklus nachvollziehbar in der QM-Dokumentation verankert (an sinnvollen Stellen)? | 3 | 4 | 3 | ja |
| I.F.4 | Wird die Steuerung des QM-Systems aus der QM-Dokumentation deutlich? | 3 | 4 | 3 | ja |

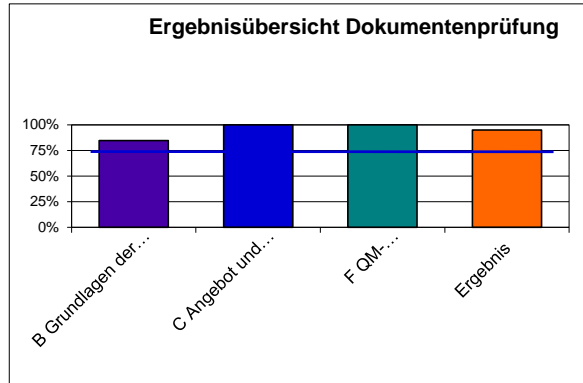
| | | | | | |
|-----------|--|---|---|------|---|
| I.F.5 | Sind die Aufgaben des/der QM-Beauftragten, der Leitung sowie der Mitarbeiter beschrieben? | 2 | 4 | 2 | ja |
| I.F.6 | Bestehen in der Organisation überprüfbare und terminierte Qualitätsziele? | 1 | 4 | 1 | ja, die überprüfbaren und terminierten Ziele sind u. a. in den jährlichen Qualitätsentwicklungsberichten an die SQ Cert aufgeführt sowie die Verantwortlichen und der Stand der Umsetzung nachvollziehbar dargestellt. |
| I.F.7 | Ist der Zugriff auf die jeweils relevanten Regelungen des QM-Systems für alle MitarbeiterInnen gegeben? | 2 | 4 | 2 | ja, u. a. über den Server. |
| II | Audit vor Ort | | | | |
| B | Grundlagen der Organisation | | | | |
| II.B.1 | <i>Sind die grundlegenden Werte und Ziele der Organisation (z.B. aus dem Leitbild und/oder der Konzeption) allen MitarbeiterInnen bekannt?</i> | 5 | 4 | 5 | ja, u.a. durch eine systematische Einarbeitung und kontinuierliche fachliche Fort-/Weiterbildung der Mitarbeiter/innen, Kommunikation des Leitbildes und der Konzeptionen. |
| II.B.2 | <i>Sind die fachlichen Grundlagen der Arbeit allen MitarbeiterInnen mit Zielgruppenkontakt vertraut?</i> | 5 | 4 | 5 | ja |
| II.B.3 | Haben die MitarbeiterInnen eine Vorstellung über die Strategie der Organisation für die nächsten Jahre? | 2 | 4 | 2 | Im Audit wurden wichtige strategische Ziele benannt: u. a. die Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit (z. B. durch die Erhöhung der Auslastung bei der im Sept. 2018 eröffneten Tagespflege), die Verstärkung der Öffentlichkeitsarbeit, die Gewinnung von Ehrenamt und die Sicherstellung der Kontinuität der Vorstandsarbeit (anstehender Generationswechsel). |
| II.B.4 | Sind die Zuständigkeiten in der Organisation insgesamt bekannt (z. B. Organigramm)? | 3 | 4 | 3 | ja |
| II.B.5 | Können alle MitarbeiterInnen korrekte Aussagen zum Umgang mit dem QM-Handbuch machen (Verbindlichkeit, Kerninhalte, Zielsetzung)? | 2 | 4 | 2 | ja |
| II.B.6 | Erweisen sich die vorhandenen Stellen-/Aufgaben-/Bereichsbeschreibungen als ausreichend (Aktualität, Klarheit bei den InhaberInnen)? | 2 | 4 | 2 | ja |
| II.B.7 | Sind die relevanten Regelungen zur Datensicherung (EDV- und Papierdaten) denn MitarbeiterInnen bekannt? | 1 | 4 | 1 | ja |
| II.B.8 | Sind den MitarbeiterInnen die Notwendigkeit einer Lenkung von Dokumenten und Aufzeichnungen bewusst? | 2 | 4 | 2 | ja |
| II.B.9 | Werden überwiegend durch das QM-System gelenkte Dokumente verwendet? | 2 | 4 | 2 | ja |
| II.B.10 | <i>Setzen die/der QM-Beauftragte und die Leitung die Anforderungen zur Dokumentenlenkung gemäß den definierten Anforderungen um?</i> | 5 | 4 | 5 | ja |
| II.B.11 | Werden die Regelungen zur internen Kommunikation umgesetzt (Informationsflüsse, Besprechungen etc.)? | 3 | 3 | 2,25 | ja, regelmäßige Besprechungen und Kommunikation ist sichergestellt. Mitarbeitende wünschen sich jedoch mehr Möglichkeiten zum gegenseitigen Fachaustausch. |
| II.B.12 | Sind - sofern vorhanden - die Schnittstellen zu Unterauftragnehmern geklärt? | 1 | 4 | 1 | ja |

| C Angebot und Leistungserbringung - Leistungen und Prozesse der Organisation | | | | | |
|---|---|---|---|------|---|
| II.C.1 | <i>Können die Führungskräfte 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 | ja |
| II.C.2 | Verfügt die Organisation über angemessene Informationsmaterialien für die Zielgruppe (KlientInnen, Angehörige etc.)? | 2 | 3 | 1,5 | ja, jedoch für interessierte Ehrenamtliche und auch Angehörige sind die Informationswege noch ausbaufähig (Öffentlichkeitsarbeit). |
| II.C.3 | Ist die Beschreibung der wichtigsten Leistungen der Organisation (z.B. als Leistungsbeschreibung) den MitarbeiterInnen bekannt? | 2 | 4 | 2 | ja |
| II.C.4 | Sind die Kernprozesse der Organisation allen MitarbeiterInnen bekannt? | 3 | 4 | 3 | ja |
| II.C.5 | Kann die Leitung die Zusammenhänge (bzw. Wechselwirkungen) zwischen den Prozessen nachvollziehbar erläutern? | 2 | 4 | 2 | ja |
| II.C.6 | Wird der Kernprozess der Aufnahme (inkl. Werbung, Anbahnung der Leistung etc.) umgesetzt (Befragung der Beteiligten, nachvollziehbare Dokumentation)? | 2 | 3 | 1,5 | hier wurden von allen am Audit beteiligten Personen Notwendigkeit von Verbesserungen identifiziert. |
| II.C.7 | Wird der Kernprozess der Planung der Leistungserbringung (ggf. inkl. Anamnese, Diagnostik etc.) umgesetzt (Befragung der Beteiligten, nachvollziehbare Dokumentation)? | 2 | 4 | 2 | ja, die Betreuungsteams vor Ort können weitgehend selbst die Planung vornehmen, was als sehr positiv bewertet wurde. Die Koordinatorin in der Zentrale ist bei Bedarf unterstützend tätig. |
| II.C.8 | Wird der Kernprozess zur Durchführung der Leistungen (Therapie, Beratung, Betreuung etc.) umgesetzt (Befragung der Beteiligten, nachvollziehbare Dokumentation)? | 2 | 4 | 2 | ja |
| II.C.9 | Wird der Kernprozess der Beendigung der Leistung (inkl. vorzeitiger Abbruch) umgesetzt (Befragung der Beteiligten, nachvollziehbare Dokumentation)? | 2 | 4 | 2 | ja |
| II.C.10 | <i>Können die Beteiligten an den wichtigsten Führungsprozessen deren Ablauf gleichermaßen erläutern?</i> | 5 | 4 | 5 | ja, durch den neuen Geschäftsführer der gGmbH wurden auch die Mitarbeitergespräche wieder aktiviert. |
| II.C.11 | <i>Können die Beteiligten an den wichtigsten Unterstützungsprozessen deren Ablauf gleichermaßen erläutern?</i> | 5 | 4 | 5 | ja |
| II.C.12 | Werden die definierten internen und externen Anforderungen an die Dokumentation der Leistungen (inkl. Lenkung der Aufzeichnungen) erfüllt? | 3 | 4 | 3 | ja, es werden u. a. regelmäßige Sach- und Finanzberichte an die internen Gremien und externen Aufsichtsbehörden erstellt. |
| E Ergebnisqualität | | | | | |
| II.E.1 | Kann die Leitung Aussagen über die Methoden zur Bewertung der Ergebnisse und Wirkungen der Kernleistungen/Prozesse machen? | 3 | 3 | 2,25 | die Methoden sind in der Tab. "Messung der Ergebnisqualität" aufgeführt. Es finden Befragungen der Teilnehmenden nach Schulungen und der Angehörigen nach betreuten Urlauben statt. In Teams werden durch Reflexion, Beobachtung, mündliches / schriftliches Feedback etc. Informationen ausgetauscht. Durch die regelmäßigen Qualitätsentwicklungsberichte und Berichterstattung an die Senatsverwaltung werden Aussagen zu Leistungen des e.V. und der gGmbH gemacht. Darüber hinaus gehende Aussagen zu Wirkungen der Kernprozesse sind durch fehlende valide Methoden nur begrenzt möglich. Die AAI beteiligt sich deshalb an Modell- und Forschungsprojekten diesbezüglich (wissenschaftliche Begleitforschung gem. § 125 SGB XI, Forschungsprojekt Förderung der Gesundheitskompetenz und des generischen Selbstmanagements von älteren pflegenden Angehörigen ESTELLA) |

| | | | | | |
|----------|---|---|---|------|---|
| II.E.2 | Umfasst die Messung der Ergebnisse sowohl den Output (Leistungsergebnisse) als auch den Outcome (Wirkungen)? | 3 | 3 | 2,25 | s.o. |
| II.E.3 | Wird die Erfassung der Ergebnisse und Wirkungen der Kernleistungen nachgewiesen (z.B. durch Statistiken, Protokolle) | 3 | 3 | 2,25 | ja, es liegen teilweise Auswertungen und Statistiken vor (Fortbildungen, betreute Urlaube) |
| 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 | 3,75 | s.o. |
| II.E.5 | Liegen Ergebnisse zur Messung der Zufriedenheit der Interessenpartner vor? | 2 | 2 | 1 | teilweise: es liegen Auswertungen der betreuten Urlaube vor (Bsp. 2019 Burg in Spreewald). An den Ehrenamtlichentreffen, trotz der Ansprache, nehmen nur wenige Personen teil. Eine Befragung bzgl. der notwendigen Verbesserungen hat keine belastbare Ergebnisse hervorgebracht. Die Zufriedenheitsbefragungen der Teilnehmenden nach Fortbildungen liegen vor. |
| II.E.6 | Wurden aus den vorliegenden Ergebnissen Maßnahmenpläne nachvollziehbar abgeleitet (inkl. Umsetzungsstand, falls relevant)? | 2 | 2 | 1 | Die Rückmeldungen aus den betreuten Urlaube werden analysiert und Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet. Eine bessere Erreichung von Ehrenamtlichen und die Steigerung der Fortbildungsquote von Mitarbeitenden sind ausbaufähig. |
| 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 | ja |
| II.F.2 | <i>Sind allen MitarbeiterInnen die Zuständigkeiten für das Qualitätsmanagement bekannt?</i> | 5 | 4 | 5 | ja |
| II.F.3 | <i>Sind die Regelungen zum Umgang mit Fehlern und Beschwerden bekannt und werden diese angewendet?</i> | 5 | 3 | 3,75 | Regeln zum Umgang mit Beschwerden sind beschrieben und werden umgesetzt. Der Umgang mit Fehlern ist noch nicht Bestandteil des QMH (Empfehlung vom letzten Audit). Mitarbeitende haben in Gesprächen den Umgang dargestellt (z. B. bzgl. Fahrdienste, Rollstuhl für gehbehinderte Angehörige, Umgang mit Beschwerden der Angehörigen). |
| 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 | Interne Überprüfungen zur Umsetzung des QM finden vor allem in Vorstands-, Gesellschafter- und Teamsitzungen statt (keine Audits). Mehr Fachaustausch unter den Fachkräften wird empfohlen. |
| II.F.6 | Finden regelmäßige Überprüfungen der Eignung/Angemessenheit und Wirksamkeit des QM-Systems statt (keine vollständige Management-bewertung nach ISO 9001 mit festgelegten Eingaben und Ergebnissen)? | 3 | 4 | 3 | Die regelmäßige Überprüfung des QM wird durch den Vorstand und die Gesellschafterversammlung vorgenommen. Die Ergebnisse sind u. a. in jährlichen Qualitätsentwicklungsberichten an die SQ Cert und in den Sach- und Finanzberichten (bei der Projektförderung) an die Senatsverwaltung nachvollziehbar dargestellt. |
| II.F.7 | <i>Liegen schriftliche Ergebnisse einer Bewertung der Wirksamkeit des QM-Systems (inkl. Führungs- und Unterstützungsprozesse) durch die Organisation vor?</i> | 5 | 4 | 5 | ja, s.o. |
| 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 | ja |

Dokumentenprüfung

| | |
|--|--------|
| B Grundlagen der Organisation | 84,8% |
| C Angebot und Leistungserbringung - Leistungen und Prozesse der Org. | 100,0% |
| F QM- Qualitätsmanagement | 100,0% |
| Ergebnis | 94,9% |



Kommentar:

Im Audit wurde das QM-System der Alzheimer Angehörigen Initiative (AAI e.V. und gGmbH) begutachtet (ohne die Tagespflege Pankow-Wilhelmsruh). Neben der Geschäftsstelle wurde eine Betreuungsgruppe in Berlin Mitte begutachtet. In der Geschäftsstelle nahmen an Gesprächen auch Mitarbeitende aus anderen Stadtteilen teil (Gruppenleiterin und zwei Mitarbeiter (angestellt und Ehrenamt)).

Der e.V. ist alleiniger Gesellschafter der gGmbH. Beide Organisationen haben ein sehr gut funktionierendes gemeinsames Qualitätsmanagement etabliert. Die Zertifizierung findet zum vierten mal statt (erstmalig im Jahr 2010).

Beide Organisationen entwickeln sich systematisch weiter.

Die AAI übernimmt eine wichtige Rolle bei der Information der Gesellschaft über Demenz (u.a. Initiative Demenz Partner, interdisziplinäres Dialogforum Demenz, Kongresse der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Fachpublikationen) und Entwicklung von Angeboten zur Verbesserung der Situation von Demenz-Angehörigen (Entlastungsangebote der Tochtergesellschaft sowie, Beteiligung an Modellprojekten etc.).

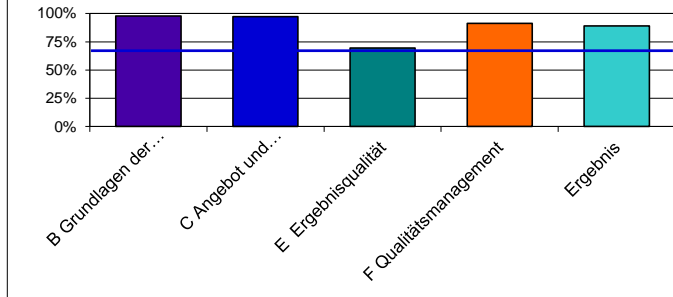
Im Oktober 2019 fand der Geschäftsführerwechsel bei der gGmbH statt, was bereits jetzt neue Impulse setzt.

In den nächsten Jahren steht auch der Wechsel im Vorstand an - die langjährige Vorstandsvorsitzende und Gründerin des e.V. wird die Kontinuität der Arbeit durch den Ehrenvorsitz und eine fachliche Begleitung sicher stellen.

Audit vor Ort

| | |
|--|-------|
| B Grundlagen der Organisation | 97,7% |
| C Angebot und Leistungserbringung - Leistungen und Prozesse der Org. | 97,1% |
| E Ergebnisqualität | 69,4% |
| F Qualitätsmanagement | 91,4% |
| Ergebnis | 88,9% |

Ergebnisübersicht Audit vor Ort



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

Gesamtergebnis (1/3 Doku.pr.; 2/3 Audit vor Ort) 91%

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

Bericht erstellt (Name, Ort, Datum):

Bogumila Szyja, Berlin, 28.12.2019

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

Thomas Pawelleck, Frankfurt/Main, 13.01.2020

Verteiler Alzheimer Angehörigen-Initiative e.V.

Alzheimer Angehörigen-Initiative gGmbH

SQ Cert GmbH

Ampel-Prinzip:

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)

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

Eine Herausforderung stellt die im Jahr 2018 geöffnete Tagespflege dar (die Erhöhung der Auslastung und die Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit).

Auch die Gewinnung von Ehrenamtlichen für die Betreuung wird zunehmend schwer.

Im Auditgesprächen wurde mehrfach die Verstärkung der Öffentlichkeitarbeit aber auch die Beteiligung der Mitarbeitenden und Möglichkeiten für mehr Fachaustausch (Gruppenleiter/innen) geäußert.

Es wird empfohlen, die o.g. Themen bei der geplanten Strategietagung zu behandeln.

Eine wichtige Aufgabe im QM bleibt die Sicherstellung der Professionalität der Betreuung (Einarbeitung, Begleitung von Ehrenamtlichen, Fortbildung der Mitarbeitenden) sowie die Einschätzung der Wirkungen der beiden Organisationen. Durch Feedback der Angehörigen, Beobachtungen und fachliche Einschätzungen sowie Erfassung und Auswertungen von Kennzahlen werden bereits viele Fragen bearbeitet.

Die Umsetzung der DSGVO muss noch um die Information der Angehörigen über den Umgang mit den personenbezogenen Daten ergänzt werden. **Hierzu wurde eine Rückmeldung an die SQ Cert bis zum 15.03.2020 vereinbart.**

Ich bedanke mich für die Offenheit und die interessanten Gespräche und wünsche der AAI weiterhin viele Erfolge.