



Zertifizierungsgesellschaft

SANKT  
MARIEN  
SENIOREN  
HAUS

**proCum Cert**  
**VISITATIONSBERICHT**

<b>Einrichtung:</b>	<b>St. Marien Seniorenheim</b>	<b>Seniorenzentrum Marienhof</b>
<b>Anschrift:</b>	<b>Werdener Straße 3 40878 Ratingen</b>	<b>Angerstraße 2 40878 Ratingen</b>

**Ist zertifiziert nach QKA  
durch die QKA akkreditierte Zertifizierungsstelle  
proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft**

**Gültigkeitsdauer: 27.06.2019**  
**Registrier-Nr: 0033 / 002124 QKA**  
**Datum der Ausstellung: 28.06.2016**

**Visitation:** 06. bis 09. Juni 2016

**Regelwerk:** QKA

<b>Visitationsteam</b>	Herr Dr. Oliver Ulbrich	Visitor
	Frau Andrea Tokarski	Visitorin
	Frau Eva Graf-Dawo	Visitationsbegleiterin

**Beurteiler  
Leistungsumfang** Alle Abteilungen und alle von der stationären Altenhilfe erbrachten internen Dienstleistungen wurden durch die Auswertung der Selbstbewertung und die Visitation vor Ort berücksichtigt.

**Ergebnis** Die Anforderungen aus dem **Qualitätskatalog der QKA** wurden für den QKA-Bereich mit **89 %** erfüllt. Nachfolgend die detaillierte Übersicht über die 9 Kategorien des QKA-Manuals.

**Bewertung nach QKA**  
**Kategorie**

	<b>erreichte Prozent</b>	<b>erreichte Punkte</b>
Bewohnerinnenorientierung	95,8 %	184
Mitarbeiterinnenorientierung	91,7 %	88
Sicherheit	65,6 %	63
Informationswesen	87,5 %	98
Führung und Leitung	93,8 %	45
Qualitätsmanagement	84,4 %	81
Seelsorge	94,5 %	121
Gesellschaft	92,5 %	74
Trägerverantwortung	85,9 %	110
<b>GESAMT</b>	<b>89,0 %</b>	<b>864</b>

Datum des Berichtes: **28.06.2016**

# 1 Bewohnerinnenorientierung

## Schwerpunktkriterium 1.1 Erstkontakt und Unterstützung bei der Entscheidungsfindung zum Einzug in die Einrichtung

### Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	4	4	4	4	16
Einrichtung	4	4	4	4	16

### Stärken

Im Vorfeld werden Interessenten umfassend über die Einrichtung informiert und hinsichtlich der Entscheidung zu einem Heimaufenthalt beraten; bei Bedarf sogar im häuslichen Umfeld. Monatliche Führungen und Einzelberatungen erfolgen in erster Linie durch den Sozialdienst; umfassendes Informationsmaterial (Broschüren, Flyer, To Do Liste, Informationsblätter zu bestimmten Themen wie Freiheitsentziehenden Maßnahmen, Vorsorgevollmacht usw.) steht den Interessenten zur Verfügung. Eine Verfahrensanweisung Heimeinzug regelt das Vorgehen.

Relevante Unterlagen können auch über das Intranet eingesehen werden.

Alternativen zum Heimeinzug werden angeboten.

Durch regelmäßige Heimbesichtigungen für die interessierte Öffentlichkeit ist es möglich sich unverbindlich zu informieren. Bei der Zimmerwahl besteht Auswahlmöglichkeit sowohl was die Zimmerform (EZ, DZ) betrifft, als auch nach Pflegeschwerpunkten (Demenz, Apoplex, Palliativ) - ggf. über Warteliste.

Notaufnahmen können durch aktuelle Informationen von freien Plätzen in den Seniorenheimen der Umgebung zielgerichtet vermittelt werden.

### Verbesserungspotenziale

Wie der Prozess des Erstkontakts systematisch überprüft wird, konnte nicht nachvollzogen werden (z.B. durch die Quote Erstkontakt/tatsächlichen Einzüge).

## Schwerpunktkriterium 1.2 Einzug einer Bewohnerin und Einleben in die neue Umgebung

### Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	4	4	4	4	16
Einrichtung	4	4	4	4	16

### Stärken

Neue Bewohnerinnen und Angehörige erhalten eine individuell angepasste Begleitung. Ziel ist dabei, die Belastung der Bewohnerinnen so gering wie möglich zu halten und die Bewohnerinnen bedarfsorientiert schrittweise zu integrieren. Sie erhalten von den ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen „Blaue Engeln“ ein Geschenk.

Nach der Integrationsphase werden die Bewohner über den Einzug und die Integration ins Haus befragt. Das Ergebnis wird ausgewertet und Maßnahmen abgeleitet. Der Prozess ist in der Verfahrensanweisung Heimeinzug beschrieben; Verantwortlichkeiten sind geklärt.

Die Mitnahme persönlicher Dinge zur Zimmergestaltung wird erwünscht. Die

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Einzugsvorbereitungen durch die Einrichtungen sind strukturiert.					

Schwerpunktkriterium 1.3 Pflegeprozess

Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	4	4	3	3	14
Einrichtung	4	4	4	4	16

Stärken

Es liegen umfassende schriftliche Regelungen zum Pflegeprozess und dessen Dokumentation sowie zum Bezugspflegesystem vor.

Die Pflegenden werden durch die EDV basierte Pflegedokumentation unterstützt, z. B. durch die Risikoübersichten mit einem Reiter und ein Erinnerungssystem.

Wöchentliche berufsgruppenübergreifende Übergaben sichern den interdisziplinären Austausch im Sinne der Bewohnerinnen.

Die Pflegedokumentation der Bewohnerinnen ist nur für die Mitarbeiterinnen des jeweiligen Wohnbereichs freigeschaltet.

Die Betreuung erfolgt nach dem Modell der Bezugspflege durch eine Pflegefachkraft und einen Pflegepaten. Übergaben verlaufen nach einem Leitfaden. Die Versorgung der Bewohnerinnen mit Medikamenten und Hilfsmitteln ist über Kooperationsverträge mit Apotheken und Sanitätshäusern geregelt. Ein pflegerisches Risikomanagement ist überwiegend implementiert.

Verbesserungspotenzial

Die durchgängige Umsetzung der Expertenstandards konnte noch nicht festgestellt werden. Fallbesprechungen werden noch nicht hinreichend als Instrument zur Verbesserung des Pflegeprozesses genutzt bzw. angesehen.

Umfängliche Pflegevisiten finden jährlich bei jeder Bewohnerin statt. An Schwerpunktvisiten zu bestimmten Risiken wurde bisher noch nicht gedacht.

Schwerpunktkriterium 1.4 Wohn- und Hausgestaltung

Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	4	4	4	4	16
Einrichtung	4	4	4	4	16

Stärken

Für die Gestaltung des Hauses und die Umsetzung der Wohnidee in der Einrichtung ist ein Konzept Wohn- und Hausgestaltung erarbeitet worden. Das Mitbringen eigener Möbel ist im Rahmen des Möglichen erwünscht; ebenso Haustiere nach Absprache. Die Bereiche werden jahreszeitlich geschmückt. Zur Orientierung gibt es ein Leitsystem; Wohnbereiche werden deutlich unterschieden (Namen, Farbe, Milieugestaltung). Die Privatsphäre der Bewohnerinnen wird respektiert. Räume der Begegnung sind in allen Wohnbereichen vorhanden, das soziale Miteinander wird gefördert. Bewohnerinnen werden in die Gestaltung der Häuser im Rahmen der sozialen Betreuung und Beschäftigung einbezogen.

Schwerpunktkriterium 1.5 Soziale Begleitung

Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	4	4	4	4	16
Einrichtung	4	4	3	4	15

Stärken

Es finden differenzierte Angebote der Gruppen- und Einzelbetreuung statt, die an den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohnerinnen ausgerichtet sind. Durch wöchentliche gemeinsame Übergaben können die Pflege- und Betreuungsleistungen bewohnerindividuell abgestimmt werden.

Die Betreuungsassistenten sind den Wohnbereichen zugeordnet. Ihre Aufgaben sind auf den Tagesablauf der Bewohnerinnen abgestimmt.

Die Einrichtung verfolgt das Ziel, dass die Bewohnerinnen ein möglichst selbstbestimmtes Leben führen kann und an gesellschaftlichen Ereignissen teilnehmen kann. Mitarbeiterinnen des Sozialdienstes, Ehrenamtliche sowie der Besuchsdienst der Blauen Engel sind in die begleitende Arbeit involviert. Interessen und Gewohnheiten der Bewohnerinnen werden ermittelt und fließen soweit möglich in Angebote ein. Feiern und Feste werden organisiert, zweimal im Jahr findet ein Nostalgiekino statt. Auf die Bedürfnisse von dementen Bewohnerinnen wird z. B. durch besondere Kochangebote oder dem Nachtcafé eingegangen.

Das Team der sozialen Betreuung setzt sich aus unterschiedlichen Professionen zusammen.

Verbesserungspotenzial

Die durchgeführten Maßnahmen sind auf der Pflegeplanungsebene nicht immer wieder zu finden.

Schwerpunktkriterium 1.6 Hausreinigung und Wäschepflege

Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	4	4	4	4	16
Einrichtung	4	4	4	4	16
<p><b>Stärke</b>                      Es besteht ein Hauswirtschaftskonzept, in dem die Leistungen beschrieben sind. Mit dem externen Dienstleister ist ein Leistungsverzeichnis vereinbart.                      Im Qualitätszirkel Hauswirtschaft/Ernährung werden Verbesserungspotenziale erhoben.                      Kleinere Näh- und Ausbesserungsarbeiten können in der Nähstube in den Räumen der Wäscherei durchgeführt werden.                      Die Qualität der Leistungsumsetzung wird überprüft. Hierzu dienen Rückmeldungen der Bewohnerinnen, Befragungen sowie auch Stichprobenkontrollen. Bei Bedarf werden Maßnahmen resultierend aus den Ergebnissen konsequent umgesetzt.                      Ein tagesaktueller Austausch zwischen Pflegedienst und Hausreinigung findet statt. Begehungen der Objektleitung des Reinigungsdienstes finden regelmäßig, teilweise unangemeldet statt.</p>					

Schwerpunktkriterium 1.7 Essen und Trinken

Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	3	4	3	3	13
Einrichtung	4	4	4	3	15
<p><b>Stärken</b>                      Das Essen der Bewohnerinnen wird in der Krankenhausküche zubereitet. Der dortige Koch ist hinsichtlich der Besonderheiten der Ernährung im Alter (einschl. des Biografiebezug, hochkalorische Kost und Regionalität) geschult und nimmt regelmäßig an den Nutzerberatungsitzungen teil. Die Wohnbereiche sind mit Küchen ausgestattet, hier wird an einzelnen Tagen gemeinsam gekocht.                      Die Anwendung des Tablettsystems wurde selbstkritisch hinterfragt. Auf zwei Wohnbereichen werden Frühstück und Abendessen in Büffetform angeboten. Im Demenzbereich wird zweimal in der Woche mit Beteiligung der Bewohnerinnen gekocht. Eine umfassende Palette von Kostformen (z.B. weiche Kost) und Diäten werden angeboten.                      Die Einrichtung strebt eine individuelle, bewohnerorientierte Ernährung an. Hierzu gehören die individuelle Bedarfsermittlung, Risikoermittlung sowie die Ermittlung der Bewohnerinnenwünsche hinsichtlich der Ernährung. Eine tägliche Auswahl an Gerichten steht den Bewohnerinnen zur Verfügung, ebenso verschiedene Formen der Sonderkost. Eine Diätassistentin steht zur Beratung zur Verfügung. Das Essen kann je nach Bewohnerinnenwunsch an unterschiedlichen Orten (Cafeterien, Wohnbereich, Zimmer) eingenommen werden; teilweise werden Frühstück und Abendessen in offenen Gebinden angeboten. Auch außerhalb der üblichen Mahlzeiten stehen den Bewohnerinnen auf den Wohnbereichen Möglichkeiten der Zwischenmahlzeit zur Verfügung. Befragungen zum Thema Ernährung werden</p>					

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
<p>quartalsweise durchgeführt. Das Servicepersonal bespricht mit den Bewohnerinnen in der wöchentlichen Mahlzeitenabfrage deren Wünsche. Der Küchenchef ist regelmäßig während den Mahlzeiten vor Ort, um Wünsche und Kritik der Bewohnerinnen aufzunehmen.</p> <p>Verbesserungspotenzialen                      Die Notwendigkeit bei Spülmaschinen auf den Wohnbereichen einer mikrobiologische Untersuchung zu unterziehen, sollte geprüft werden. Im Zweifelsfalle muss ein ordnungsgemäßer Reinigungsvorgang nachgewiesen werden. Das Ernährungsangebot für wandernde Bewohner kann noch weiter ausgebaut werden.                      Rezepturen zu allen produzierten Gerichten mit Kennzeichnung von kritischen Kontrollpunkten sind noch nicht geschrieben aber in Planung.                      In der Küche fielen offene Lebensmittel auf, die nicht mit Datum gekennzeichnet waren. Es wurde noch nicht überprüft, in welcher Zeit Kaltspeisen (z.B. Pudding) von der Herstellungstemperatur auf Kühltemperatur heruntergekühlt werden.                      Eine Transparenz der kritischen Kontrollpunkte ist nicht immer gegeben, Soll-Werte (z.B. Grenztemperaturen) sind nicht immer transparent.                      Ergebnisse der Essensbefragungen sind nicht immer auf den Wohnbereichen bekannt. In der Folge wurden Ergebnisse auch nicht bewertet und, wo nötig, thematisiert.</p>					

Schwerpunktkriterium 1.8 Krankenhausaufenthalt

Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	3	4	3	3	13
Einrichtung	4	4	3	3	14

<p><b>Stärken</b>                      Die Einrichtung versucht unter Ausnutzung ihrer Möglichkeiten, Krankenhausaufenthalte zu vermeiden. Falls dennoch ein Krankenhausaufenthalt notwendig wird, werden notwendige Informationen unter Beachtung des Datenschutzes mittels Überleitbogen an die Einrichtung weitergegeben. Ein Besuchsdienst ist über die Blauen Engel und die Betreuungskräfte sichergestellt. Ebenso werden die Bewohnerinnen mit frischer Wäsche versorgt.                      Eine Checkliste zum Krankenhausaufenthalt liegt vor.</p> <p><b>Verbesserungspotenzial</b>                      Es kann nicht immer nachvollzogen werden, ob Pflegevisiten bzw. Überarbeitung der Pflegeplanung nach Krankenhausaufenthalten erfolgen.</p>					
--	--	--	--	--	--

Schwerpunktkriterium 1.9 Umzug einer Bewohnerin innerhalb der Einrichtung

Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	4	4	4	4	16
Einrichtung	4	4	4	4	16

Stärken

Umzüge sind möglich und finden auf Wunsch der Bewohnerin statt. Umzüge aus betreuerischen Gründen finden nur mit Zustimmung der Bewohnerin bzw. der Angehörigen. Hilfe beim Umzug ist selbstverständlich und wird über den Wohnbereich und Technischen Dienst organisiert. Umzüge in den Demenzbereich erfolgen nach vorhergehender Fallbesprechung.

Alle Schritte werden mit der Bewohnerin besprochen, die Betreuung während des Umzugs erfolgt durch den Sozialdienst. Relevante Stellen werden informiert; der Vorgang wird dokumentiert. Nach dem Umzug erfolgt eine Zufriedenheitsermittlung.

Schwerpunktkriterium 1.10 Auszug einer Bewohnerin aus der Einrichtung

Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	4	4	4	4	16
Einrichtung	4	4	4	3	15

Stärken

Die Auszugsmodalitäten sind im Heimvertrag geregelt. Auszüge aufgrund von Unzufriedenheit sollen vermieden werden, sie werden im Falle eines Auszugs hinterfragt. Unzufriedenheiten werden über das Beschwerdemanagement bearbeitet. Eine flexible Kündigungsfrist ist möglich, muss aber vor Heimaufnahme vereinbart werden.

Verbesserungspotenzial

Schriftliche Regelungen zum Auszug liegen bisher nicht vor.



Schwerpunktkriterium 1.11 Sterben einer Bewohnerin in einem würdevollen Rahmen

Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	4	4	4	4	16
Einrichtung	4	4	4	4	16

**Stärken**  
 Ein mit dem Altenpflegepreis ausgezeichnetes Konzept Sterbe- und Trauerbegleitung regelt die Pflege und Begleitung von sterbenden Bewohnerinnen. Angehörige und Bewohnerinnen werden auf die Situation des Sterbens vorbereitet - Wünsche werden erfragt; das Thema "Vollmachten" wird bereits beim Einzug geklärt. Die Mitarbeiterinnen werden 2x jährlich im Umgang mit dem Konzept geschult, auch Workshops werden regelmäßig angeboten. Zudem ist ein Konzept zur Palliativen Pflege und Hospiz- Betreuung implementiert, das in Kooperation mit der Ratinger Hospizbewegung umgesetzt wird (eigener Palliativbereich im Wohnbereich Cromford). Angehörige werden in die Sterbebegleitung miteinbezogen, aber auch selbst begleitet. Im Wohnbereich Cromford finden wöchentliche Fallbesprechungen zusammen mit der Hospizbewegung statt. Ein Round-Table Schmerztherapie für die Stadt Ratingen ist eingerichtet, an dem die Einrichtung teilnimmt. Die Einrichtung überprüft ihr Konzept und entwickelt es systematisch weiter. Ein Seminarangebot zu Aromatherapie und Basalen Stimulation erweitert die Fachexpertise in diesen Bereichen.

Schwerpunktkriterium 1.12 Abschied nehmen von verstorbenen Bewohnerinnen

Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	4	4	4	4	16
Einrichtung	4	4	4	4	16

**Stärken**  
 Verstorbene Bewohnerinnen werden würdevoll im Zimmer aufgebahrt, welches hierfür ansprechend gestaltet wird. Die Verstorbene erhält einen Bronzeengel oder ein Holzkreuz in die gefalteten Hände, dieses kann auf Wunsch von den Angehörigen mitgenommen werden.  
 Es bestehen umfangreiche Rituale, die die Trauerbegleitung unterstützen.  
 Im Bereich der palliativen Pflege und hospizlichen Betreuung werden verstorbene Gäste/Patientinnen im Rahmen der wöchentlichen Fallbesprechung verabschiedet. Mitarbeiterinnen werden zur Teilnahme an der Beerdigung freigestellt.  
 Die Teilnahme der Bezugspflegeperson an der Beisetzung ermöglicht die eigene Trauerarbeit.

**Verbesserungspotenzial**

Angebote zur Trauerarbeit der Mitarbeiterinnen werden noch nicht umfänglich durchgeführt.

## 2 Mitarbeiterinnenorientierung

### Schwerpunktkriterium 2.1 Quantitativer und qualitativer Personalbedarf

#### Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	3	4	3	3	13
Einrichtung	4	4	4	4	16

#### Stärken

Die Einrichtung betreibt umfassende Maßnahmen der Personalbindung. Der quantitative Personalbedarf wird monatlich anhand der Belegungsstruktur ermittelt. Ebenso wird die Fachkraftquote überwacht, wobei das Ziel bei 60% liegt. Für die qualitative Weiterentwicklung der Mitarbeiter werden zahlreiche Maßnahmen (Fördergespräche, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, strukturierte Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen usw.) umgesetzt. Für alle Stellen liegen Stellenbeschreibungen vor. In der Dienstplangestaltung werden die Bedürfnisse der Mitarbeiterinnen berücksichtigt. Für unvorhergesehene Ausfälle existiert eine Dienstanweisung Vertretungsregelung.

Für neue Mitarbeiterinnen gibt es eine zweitägige Einführungsveranstaltung. Bei der Dienstplangestaltung wird auf ein EDV Programm zurückgegriffen, welches diverse Auswertungen anbietet. Zusätzlich erfolgt ein engmaschiges Personalcontrolling, einschließlich der Reflexion der Dienstplangestaltung mit den Wohnbereichsleitungen zu bestimmten Kriterien.

Arbeitszeitkonten sind eingeführt; in den Einrichtungen gibt es derzeit keine Mehrarbeitsstunden.

Gesundheitsfördernde Maßnahmen (z.B. Kinästhetikkurse, Konzept Bewegen statt Heben) werden angeboten.

Personalkennzahlen werden gebildet, Zielvorgaben gemacht und systematisch überwacht.

#### Verbesserungspotenziale

Die individuellen Fähigkeiten der Mitarbeiterinnen sind in den Stellenbeschreibungen noch nicht berücksichtigt.

Für Praktikanten, FSJ'ler und Buftis liegen keine Aufgabenbeschreibungen vor.

Altersstrukturanalyse und Gesundheitsreporte (Ausfallanalysen) der Krankenkassen werden im Hinblick auf die demographische Entwicklung noch nicht genutzt.

Der Einsatz der Mitarbeiterinnen nach SGB XI § 87 bei pflegerischen Tätigkeiten sollten überdacht werden (s. Stellenbeschreibung).

Schwerpunktkriterium 2.2 Neueinstellung und Einarbeitung

Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	4	4	4	4	16
Einrichtung	4	4	4	4	16
<p><b>Stärken</b>                      Es findet jährlich eine Einführungsveranstaltung für neue Mitarbeiterinnen statt, in der wichtige Inhalte, z. B. auch der Gesundheitsförderung durch rückenschonendes Arbeiten und Grundlagen zum Qualitätsmanagement vermittelt werden.                      Neue Mitarbeiterinnen werden von einer Mentorin begleitet.                      Während der Probezeit finden mehrere Reflexionsgespräche unter Einbeziehung aller Beteiligten statt.                      Ein Konzept mit qualifikationsbezogenen Checklisten liegt vor und wird systematisch angewendet.</p>					

Schwerpunktkriterium 2.3 Berufliche Entwicklung

Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	3	4	3	3	13
Einrichtung	4	4	4	3	15
<p><b>Stärke</b>                      Es erfolgt eine frühzeitige Nachfolgeplanung und die Stellen werden, wenn wirtschaftlich möglich, ca. einen Monat überlappend besetzt. Potenziale und Bedarfe der Mitarbeiterinnen werden in Personalentwicklungs-Gesprächen und in Zielvereinbarungs- und Fördergespräche ermittelt.                      Diese werden auch genutzt, um Fortbildungsbedarfe und Karrierewünsche zu erheben. Möglichkeiten der Führungskräfteentwicklung oder der Spezialisierung z.B. Pflegefachweiterbildung Demenz und Palliativ werden unterstützt. Betriebliche Eingliederung Gespräche werden entsprechend den rechtlichen Bestimmungen angeboten.                      Mitarbeiterinnen werden systematisch gefördert. Können sich z.B. vom langjährigen Pflegehelfer bis zur Pflegefachkraft weiter entwickeln.                      Für die qualitative Weiterentwicklung werden externe sowie interne Fort- und Weiterbildungsangebote unterbreitet. Die Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen mit den Angeboten und Karriereentwicklungsmöglichkeiten wird in der Mitarbeiterinnenbefragung ermittelt.</p> <p><b>Verbesserungspotenziale</b>                      Ein umfassendes Konzept zur Personalentwicklung liegt noch nicht vor.                      Im Bereich Gerontopsychiatrie/Demenz sind weitere Qualifikationsmaßnahmen ausbaufähig.</p>					

Schwerpunktkriterium 2.4 Ausbildung

Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	4	4	4	4	16
Einrichtung	4	4	4	4	16
<p><b>Stärken</b>                      Es gibt auf jedem Wohnbereich mindestens eine Praxisanleitung mit einer Mentoren Ausbildung.                      Auszubildende sind nicht im Stellenplan eingebunden.                      Auszubildende werden in verschiedenen Bereichen und in beiden Einrichtungen sowie dem Krankenhaus eingesetzt, ebenso erhalten sie Einblick in die Arbeit des Ergotherapeuten und der Wohnbereichsleitungen.                      Auszubildende werden regelhaft auf dem Palliativbereich eingesetzt und erhalten auf diese Weise Einblick in die entsprechenden Konzepte.                      Die Ausbildung ist strukturiert organisiert. Die Einrichtung nimmt Ihre Verantwortung gegenüber der Gesellschaft wahr und stellt zahlreiche Ausbildungsplätze zur Verfügung. Auf allen Wohnbereichen sind Praxisanleiterinnen vorhanden und begleiten die Auszubildenden. Ein Qualitätszirkel Ausbildung wurde eingerichtet, der spezifische Instrumente für die Begleitung der Auszubildenden entworfen und in einem Praxishandbuch zusammengefasst hat. Über Reflexionen mit den Praxisanleitern anderer Bereiche werden Verbesserungspotenziale der Auszubildenden transparent, Maßnahmen darauf werden zeitnah abgeleitet, Durch die Teilnahme an der Allianz für Bildung und Lernen werden Schülerinnen über das Berufsbild informiert und haben die Möglichkeit ein Praktikum im Altenheim zu machen.</p>					

Schwerpunktkriterium 2.5 Fort- und Weiterbildung

Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	4	4	3	3	14
Einrichtung	4	4	4	4	16
<p><b>Stärken</b>                      Die innerbetriebliche Fort- und Weiterbildung ist in einem Konzept geregelt. Es erfolgt eine jährliche Fortbildungsplanung durch die Qualitätsmanagement Steuergruppe; ein Budget zur Umsetzung der geplanten Fortbildungen wird jährlich eingerichtet.                      Zur Umsetzung der nationalen Expertenstandards sind "Experten" geschult. Die Überwachung des Gesamtprozesses erfolgt durch die QMB. Schulungsbedarfe werden aus den Bereichen über Personalentwicklungs-Gespräche ermittelt und fließen in die Planungen der Steuergruppe ein.                      Schulungsmaßnahmen werden bewertet und durch die QMB ausgewertet.                      Es besteht ein prospektiver Fortbildungsplan, in dem die relevanten Berufsgruppen einbezogen sind.</p>					

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
<p><b>Verbesserungspotenziale</b>                      Bei der Veranstaltungsplanung wird noch nicht hinreichend auf eine thematische Kontinuität der Fortbildungen geachtet, damit Bezüge zu vergangenen Veranstaltungen hergestellt werden können.                      Theorie- Praxis-Transfer von Schulungsinhalten in das Team oder die Einrichtung wird nicht regelhaft strukturiert umgesetzt.                      Eine Qualifikationsmatrix als Controlling- und Planungsinstrument für die Qualifikation der Mitarbeiterinnen ist noch nicht vorhanden.</p>					

Schwerpunktkriterium 2.6 Verabschiedung von Mitarbeiterinnen/Beendigung eines Dienstverhältnisses

Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	4	4	4	4	16
Einrichtung	3	3	3	3	12

**Stärken**  
 Die Einrichtung verfolgt das Ziel, Personalfuktuation zu vermeiden und zufriedene Mitarbeiterinnen bis zum Ausscheiden aus Altersgründen zu halten.  
 Gründe für die Beendigung des Dienstverhältnisses durch die Arbeitnehmerinnen werden kritisch hinterfragt.  
 Unabhängig von der Art des Ausscheidens erhält jede Mitarbeiterin ein qualifiziertes Zeugnis. Die Abläufe sind für die unterschiedlichen Ausscheidungsgründe geregelt.  
 Eine angemessene Würdigung der Leistung und Verabschiedung ist gegeben.  
 Ausscheidende Mitarbeiterinnen erhalten grundsätzlich ein qualifiziertes Zeugnis.  
 Berentete Mitarbeiterinnen werden zu Festen und Feierlichkeiten eingeladen.

### 3 Sicherheit

#### Schwerpunktkriterium 3.1 Arbeitsschutz

##### Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	2	3	2	2	9
Einrichtung	3	3	3	3	12

##### Stärken

Auf das Thema "Rückenschonendes Arbeiten" wird großen Wert gelegt. Hierzu wurde ein Konzept erarbeitet und Peer-Tutoren werden geschult, offene Trainingsstunden zu Kinästhetik finden statt. Kleine Hilfsmittel, die den Rücken bei der Arbeit entlasten sind vorhanden und werden genutzt. Arbeitsunfälle werden im Verbandbuch dokumentiert und analysiert, bei schwereren Verletzungen können die Mitarbeiterinnen direkt über die Ambulanz des Krankenhauses versorgt werden. Sicherheitskanülen werden eingesetzt.

##### Verbesserungspotenziale

Ein Arbeitsschutzmanagementsystem kann noch nicht nachvollzogen werden. Es sind einzelne schriftliche Regelungen zum Arbeitsschutz vorhanden. Entsprechend bilden sich die Verantwortlichkeiten noch nicht hinreichend ab. Gefährdungsbeurteilungen werden durchgeführt, die enthalten aber noch keine Beurteilungen der einzelnen Gefahrstoffe, Biostoffe und psychische Belastungen. Die vorhandene Gefährdungsbeurteilung enthält noch keine Risikobewertung zu den einzelnen Gefahrenpotenzialen. Über eine elektronische Unfallmeldung, die eine sofortige Information der Verantwortlichen sowie ein mögliches zeitnahes Einleiten von Korrekturmaßnahmen ermöglicht, sollte nachgedacht werden. Unterweisungen über den richtigen Arbeitsschuh fanden statt, einige Mitarbeiterinnen sind dennoch für den pflegerischen Arbeitsalltag bedenklichem Schuhwerk aufgefallen (z.B. Chucks, Croqs). Ein Präventionsbeauftragter bzw. eine Anlaufstelle für Mitarbeiterinnen zum Schutz gegen Gewalt und sexuellen Übergriffen ist noch nicht vorhanden. Das Gefahrstoffmanagement ist noch nicht vollständig auf Global harmonisiertes System für Kennzeichnung von Gefahrstoffen (GHS) umgestellt. Es wurden Betriebsanweisungen mit alten Gefahrstoffsymbolen vorgefunden. Sicherheitsdatenblätter sind nicht für alle Gefahrstoffe vorhanden. Eine jährliche Unterweisung aller Mitarbeiterinnen in Arbeitsschutzthemen ist nicht nachvollziehbar. In den Wohnbereichen fanden sich ungeprüfte Leitern und Tritte. Die Präsenz des Betriebsarztes nach DGUV 2 Vorschrift erscheint nicht ausreichend und sollte überprüft werden.

Schwerpunktkriterium 3.2 Brandschutz

Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	3	3	2	2	10
Einrichtung	3	3	3	3	12

Stärken

Der Brandschutz ist innerhalb der GmbH organisiert, ein mit der Feuerwehr abgestimmtes Konzept liegt vor.  
 Verantwortliche und Zuständige sind benannt. Übungen im Umgang mit Löschmitteln sind ebenfalls etabliert und finden regelhaft statt. Teilnehmerlisten werden geführt.  
 Eine Brandschutzordnung und ein Großereignisschadensplan liegen vor.  
 Bewohnerinnen und Angehörige werden im Rahmen des Heimeinzugs auf ihre Mitwirkung beim Brandschutz hingewiesen.  
 Regelungen zur Rettung von Bewohnern aus Gefahrenbereichen sind bekannt.

Verbesserungspotenzial

Feuerwehrübungen mit Evakuierung fanden noch nicht statt.  
 Unterweisungen im Brandschutz finden statt, die vollständige Teilnahme der Mitarbeiterinnen wird von den disziplinarischen Vorgesetzten nicht überprüft.  
 Schulungen für Brandschutzhelfer finden statt. Brandschutzhelfer sind noch nicht benannt. Ob die vorgeschriebenen 5% erfüllt sind, sollte überprüft werden.  
 Brandschauen mit der Feuerwehr finden nicht regelmäßig ab.  
 Es ist nicht sichergestellt, dass wesentliche Unterlagen über Bewohnerinnen im Evakuierungsfall gesichert werden. Sicherheitsregeln zum Umgang mit Sauerstoffapplikationen bei Rauchern liegen noch nicht vor.  
 Wie im Ernstfall schnellstmöglich die sich im Dienstfrei befindlichen Mitarbeiterinnen herbeigerufen werden, um evakuierte Bewohnerinnen zu betreuen, ist nicht ersichtlich - es könnte über eine Schleifenschaltung nachgedacht werden.  
 Fluchtpläne enthalten keine Zimmernummern.  
 Der Standort des Feuerlöcher in der Küche, SMS 1. OG könnte auch im Flur durch ein Schild gekennzeichnet werden.

Schwerpunktkriterium 3.3 Umgang mit hausinternen nichtmedizinischen

Notfallsituationen

Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	3	3	2	2	10
Einrichtung	4	3	3	3	13

Stärken

In einem Alarm- und Einsatzplan sind interne und externe Gefahrenlagen beschrieben.  
 Betriebstechnische Störungen werden durch den Technischen Dienst jederzeit im Rahmen der Dienst- bzw. Rufbereitschaft behoben. Für diverse Notfallsituationen gibt es redundante Systeme (Heizkessel, Notstrom, Warmwasser).

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
<p><b>Verbesserungspotenziale:</b>                      Die Aktualisierung des Alarm- und Einsatzplans ist erfolgt; das Verhalten bei speziellen Gefahrenlagen, z.B. Bombendrohungen und Ausfall der Rufanlage, ist noch nicht berücksichtigt. Unterweisungen zu nicht medizinischen Notfallsituationen fanden noch nicht statt. Evakuierungsübungen fanden bisher noch nicht statt und sind auch noch nicht geplant.                      Die Evaluation des Alarm- und Einsatzplanes gemeinsam mit zuständigen Behörden/ Institutionen ist noch nicht angedacht.                      Es ist noch nicht dargelegt, welche konkreten Überprüfungen zum Kenntnis der Notfallregelungen bei den Mitarbeiterinnen stattfinden.</p>					

Schwerpunktkriterium 3.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	3	3	3	3	12
Einrichtung	4	3	3	3	13
<p><b>Stärken</b>                      Die pflegerischen Mitarbeiterinnen werden jährlich in Reanimation geschult, bei neuen Mitarbeiterinnen ist dies Thema im Einarbeitungskonzept. Darüber hinaus werden die Mitarbeiterinnen zu weiteren medizinischen Notfallsituationen mit praktischen Übungen geschult. Eine standardisierte Notfallausrüstung ist auf den Wohnbereichen vorhanden und wird regelhaft überprüft. Notfallereignisse werden in den darauffolgenden Morgenrunden besprochen und der Ablauf evaluiert.</p> <p><b>Verbesserungspotenzial</b>                      Im Altenheim relevante Notfallsituationen und deren Handhabung sind noch nicht verschriftlich.                      An eine Verplombung der Verbandskästen, zur Sicherstellung der Kompletierung des Inhaltes, ist bisher noch nicht gedacht worden.</p>					



Schwerpunktkriterium 3.5 Bewohnerinnensicherheit

Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	3	3	3	3	12
Einrichtung	3	3	3	3	12

Stärken

Die Einrichtung führt eine Übersicht über risikobehaftete Themenfelder und aktualisiert diese jährlich durch die Heimleitung. Neben der jährlichen Selbstprüfung dieser Liste bezieht die Einrichtung Hinweise und Verbesserungspotenziale durch diverse Begehungen und Rückmeldungen interner und externer Art.

Prüfungen sind geregelt, Nachweise werden beim Technischen Dienst aufbewahrt.

Die Prüfung von Medizinprodukten erfolgt durch einen externen Dienstleister.

Der sensible Umgang mit Freiheitsentziehenden Maßnahmen konnte durchweg nachvollzogen werden.

Ein Chipssystem sorgt für eine rechtzeitige Alarmierung bei Bewohnern mit Hinlauffendenz.

Für den sachgerechten Umgang mit Fixiermaterialien werden alle Mitarbeiter jährlich durch die Firma Segufix geschult. Eine Umsetzung der Fixierung erfolgt erst nach sorgfältiger Abwägung und Ausschöpfung aller Alternativen vorab. Genehmigungen durch den Amtsrichter oder Bewohnerinnen liegen vor - Fixierungen werden ordnungsgemäß dokumentiert. Ein Konzept zur Gewaltprävention liegt vor.

Ein Konzept zum Medikamentenmanagement ist umgesetzt.

Verbesserungspotenziale

Die Übersicht der risikobehafteten Bereiche sollte sukzessive erweitert werden.

Ein Deeskalationsmanagement ist noch nicht implementiert.

Ein CIRS ist durch das Krankenhaus aufgebaut worden, wird aber von den Mitarbeitern der Altenheime noch nicht umfänglich genutzt.

Schwerpunktkriterium 3.6 Hygiene - Organisation und Umsetzung von

Hygienemaßnahmen

Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	3	3	2	2	10
Einrichtung	4	4	3	3	14

Stärken

Es bestehen schriftliche Regelungen zu den hygienerelevanten Prozessen (Prävention und Umgang mit Infektionen) in der Einrichtung. Es ist eine Hygienekommission eingerichtet.

Systematische Überprüfungen finden regelhaft statt, eine Infektionsstatistik wird noch nicht geführt.

Schulungen und Unterweisungen finden ebenfalls regelhaft statt. Die Einrichtung beteiligt sich an der Aktion Sauberer Hände. Ein Hygienehandbuch ist erstellt und darauf aufbauend Hygienepläne und Desinfektionspläne sind erstellt.

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
<p><b>Verbesserungspotential</b>                      Systematische Begehungen durch die Hygienefachkraft und Hygienebeauftragte, unter Einbeziehung hygienerelevanter Prozesse, bilden sich nicht ab.                      Die mikrobiologische Überprüfungen der Wohnbereichsspülmaschinen sollten im Hinblick der Nachweisführung der Erregerfreiheit erfolgen.                      Maßnahmen der Personalhygiene, sind im Hygieneplan noch nicht umfänglich beschrieben.                      Eine Gefährdungsbeurteilung nach Biostoff Verordnung liegt nicht vor.                      Betriebsanweisungen zu den gängigen Erregern liegen nicht vor. Beim Umgang mit Infektionsfällen sind die Mitarbeiterinnen noch nicht sicher.</p>					

## 4 Informationswesen

### Schwerpunktkriterium 4.1 Umgang mit Bewohnerdaten

#### Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	4	4	4	4	16
Einrichtung	4	4	4	4	16

#### Stärken

Bewohnerinnendaten, sowohl administrativ als auch pflegerisch, werden einheitlich über ein EDV-System erfasst. Die Daten werden systematisch auf Vollständigkeit geprüft und sukzessive ergänzt. Der Zugriff auf die Daten ist geregelt und erfolgt unter Einhaltung des Datenschutzes. Für den Zugriff auf die Daten besteht ein Berechtigungskonzept.

#### Verbesserungspotenzial

Akten werden immer mindestens 10 Jahre aufbewahrt. Eine Überprüfung inwieweit die Aufbewahrungsfrist auf 30 Jahre (BGB) verlängert werden soll, erfolgt noch nicht. Eine Zustimmung zur Veröffentlichung von Bewohnerinnendaten in der Heimzeitung erfolgt noch nicht umfänglich.

### Schwerpunktkriterium 4.2 Besprechungswesen

#### Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	4	4	3	3	14
Einrichtung	4	4	4	3	15

#### Stärken

Eine Kommunikationsmatrix bildet das Besprechungswesen der Einrichtung ab, das sowohl den top-down, als auch den bottom-up Informationsweg berücksichtigt. Zudem gibt es eine Verfahrensweisung Besprechungswesen, die die Struktur der Sitzungen und Prozesse beschreibt. Bewohnerinnen werden über verschiedene angemessene Instrumente mit relevanten Informationen versorgt (Aushänge, Hauszeitschrift, Versammlungen usw). Protokolle werden strukturiert geführt und stehen den relevanten Personen zur Verfügung. Im Intranet stehen den Mitarbeiterinnen aktuelle Informationen und Neuigkeiten zur Verfügung.

#### Verbesserungspotenziale

Eine systematische Überprüfung der Effizienz und Effektivität der einzelnen Besprechungen erfolgt noch nicht umfänglich.

Schwerpunktkriterium 4.3 Fachliteratur

Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	4	4	3	3	14
Einrichtung	4	4	3	3	14
<p><b>Stärken</b>                      Jeder Wohnbereich verfügt über Fachliteratur wie bspw. Nachschlagewerk, Fachzeitschriften und relevante Artikelsammlung.                      Mitarbeiterinnen aller Wohnbereiche haben einen Internetzugang, der ebenfalls für die Recherche genutzt werden kann. Mitarbeiterinnen haben die Möglichkeit Wünsche und Vorschläge zur Neuanschaffung von Fachliteratur zu äußern.</p> <p><b>Verbesserungspotenzial</b>                      Zugänge zu Online-Magazinen (z.B. pqsg - das Altenpflegemagazin im Internet) sind nicht eingerichtet. Die Möglichkeit, E-Learning Kurse zu nutzen (z.B. nationale Expertenstandards) kann überprüft werden.                      Wie Fachwissen aus Literaturarbeit systematisch in den Kreis der Mitarbeiterinnen transportiert wird, ist nicht ersichtlich.</p>					

Schwerpunktkriterium 4.4 Informationsweitergabe und Auskunftserteilung

Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	4	4	3	3	14
Einrichtung	4	4	4	4	16
<p><b>Stärken</b>                      Die Mitarbeiterinnen sind sensibilisiert Informationen über Bewohnerinnen nur an Berechtigte weitergeben zu dürfen. Im Rahmen der Einführungsveranstaltungen werden neue Mitarbeiterinnen mit dem Thema vertraut gemacht.                      Der Nutzerbeirat erhält Informationen in den regelmäßigen Nutzerbeiratssitzungen oder direkt von der Heimleitung.                      Die Bewohnerinnen und Angehörigen erhalten eine Visitenkarte der zuständigen Pflegefachkraft.</p> <p><b>Verbesserungspotenziale</b>                      Systematische Überprüfungen hinsichtlich des Kenntnisstands der Mitarbeiterinnen z.B. über die Datenschutzvorgaben zur Auskunftserteilung, finden bisher erst ansatzweise statt.                      Eine dezidierte schriftliche Festlegung, welche Daten "von wem an wen" weitergegeben werden dürfen, liegt bisher noch nicht vor.</p>					

Schwerpunktkriterium 4.5 Öffentlichkeitsarbeit

Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	4	4	4	4	16
Einrichtung	4	4	4	4	16
<p><b>Stärke</b>                      Die Öffentlichkeitsarbeit ist in der Stabsstelle Unternehmenskommunikation angesiedelt; für die Altenheime ist der Heimleiter in Absprache mit der Geschäftsführung verantwortlich. Der Austausch erfolgt monatlich im Rahmen der Steuergruppensitzungen. Die Öffentlichkeitsarbeit ist in einem Konzept für Marketing und Unternehmenskommunikation beschrieben, Ziel ist eine regelmäßige Präsenz in der regionalen Presse. Generell werden zahlreiche Instrumente zur Gestaltung der Öffentlichkeitsarbeit eingesetzt. Die Einrichtung nimmt an einigen innovativen Projekten teil und macht auch auf diesem Weg auf sich aufmerksam. Allen neuen Mitarbeiterinnen wird durch Einführungsveranstaltung und Zufriedenheitsmanagement ihre Rolle als Verantwortliche für die Einrichtung und ihren Ruf bewusst gemacht.</p> <p><b>Verbesserungspotenzial</b>                      Regelungen zum Skandalmanagement sind nicht für alle Mitarbeiterinnen nachvollziehbar.</p>					

Schwerpunktkriterium 4.6 Aufbau und Nutzung einer Informationstechnologie

Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	4	4	4	4	16
Einrichtung	4	4	4	3	15
<p><b>Stärken</b>                      Die Einrichtungen sind vernetzt und verfügen über ausreichende PC-Arbeitsmöglichkeiten (stationär, mobil). Über Rollendefinitionen haben die Mitarbeiterinnen Zugang zu relevanten Daten. Neue Mitarbeiterinnen werden im Umgang mit der EDV im Rahmen der Einarbeitung geschult. Ein Qualitätszirkel EDV trifft sich mit Administratoren und tauscht sich aus. Die Mitglieder stehen auch den Mitarbeiterinnen als ständige Ansprechpartner zur Verfügung. Durch Spiegelung der Server und tägliche Datensicherung ist die Datensicherheit gewährleistet. Hierzu existiert ein separates EDV-Ausfallkonzept.</p>					

Schwerpunktkriterium 4.7 Berücksichtigung der Datenschutzbestimmungen

Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	2	2	2	2	8
Einrichtung	3	3	3	2	11

Stärke

Ein Datenschutzbeauftragter betreut die Einrichtung zu Fragen des Datenschutzes und belehrt die Mitarbeiter zu diesem Thema. Neue Mitarbeiterinnen unterschreiben eine Datenschutz-Erklärung und erhalten ein Datenschutzformular und die Betriebsanweisung, die auf den Datenschutz hinweist.

Bei der Arbeit mit den IT-Dokumentationssystemen besteht die Möglichkeit, mit einem „Tastendruck“ die Sitzung zu unterbrechen.

Verbesserungspotenziale

Ein Verfahrensverzeichnis für die Altenheime liegt noch nicht vor. Einzelne schriftliche Regelungen bestehen, ein anwenderfreundlicher Leitfaden könnte für die Mitarbeiterinnen hilfreich sein.

Regelmäßige Schulungen für alle Mitarbeiterinnen (außerhalb der Einarbeitung) und Begehungen zum Datenschutz finden noch nicht statt.

Es sollte darauf geachtet werden, dass Bewohnerinnen in Protokollen anonymisiert werden.

Eine Einverständniserklärung der Betroffenen wird noch nicht für alle relevanten Bereiche (z. B. Name an Tür, Bewohnerzeitung "Blickpunkt") eingeholt.

## 5 Führung und Leitung

### Schwerpunktkriterium 5.1 Führen und Leiten

#### Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	4	4	3	3	14
Einrichtung	4	4	3	3	14

#### Stärken

Das Leitbild bietet den Rahmen für das Verhalten in der Einrichtung und definiert auch den umzusetzenden Führungsstil.

Führungsgrundsätze sind im Leitbild beschrieben, eine Arbeitshilfe für Führungskräfte wurde erarbeitet. Führungskräfte werden durch diverse Schulungen auf ihre Aufgaben vorbereitet. Führungskräfte seminare werden angeboten, ebenso Supervisionen und Coachings. Die Einrichtungen arbeiten mit Zweijahreszielen, bzw. mittelfristigen Zielen (5 Jahre). Die Ziele setzen sich zusammen aus Zielen der Leitung und Zielen der Abteilungen. Diese Ziele werden in den verschiedenen Hierarchieebenen kommuniziert und im Intranet veröffentlicht. Sie werden quartalsweise unter Einbeziehung der Pflegedienstleitungen und der Wohnbereichsleitungen evaluiert. Die Wohnbereichsleitungen werden entsprechend ihren Fähigkeiten gefördert und erhalten bedarfsgerechte Fortbildung einschließlich der Möglichkeit von Coaching und Supervision.

#### Verbesserungspotenziale

Die Anforderungen an die Leitungen sind ansatzweise beschrieben.

Die Einführung der Arbeitshilfe für Führungskräfte bildet sich noch nicht ab.

Feedback-Gespräche für leitende Führungskräfte finden noch nicht regelmäßig und strukturiert statt. Es gibt noch kein anonymes Feedback der Teams an ihre Führungskräfte.

### Schwerpunktkriterium 5.2 Wirtschaftlichkeit

#### Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	4	4	4	4	16
Einrichtung	4	4	4	4	16

#### Stärken

Die wirtschaftlichen Ziele verfolgen in erster Linie den langfristigen Erhalt des Standortes, entsprechend werden vorhandene bzw. erwirtschaftete Mittel zielgerichtet eingesetzt. Ein übergeordneter Wirtschaftsplan wird jährlich erstellt, aus dem sich Teilpläne und Investitionspläne ableiten. Die Hauptverantwortung liegt in der Geschäftsführung und bei der Heimleitung, die weitere Verantwortlichkeiten delegieren. Die Überwachung der Vorgaben erfolgt monatlich Abweichungen von den Planzahlungen werden in der QM-Steuerungsgruppe analysiert, ggf. werden Maßnahmen abgeleitet. Ein Höherstufungsverfahren ist beschrieben, es erfolgt ein Pflegestufencontrolling.

Schwerpunktkriterium 5.3 Organisation

Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	4	4	4	3	15
Einrichtung	4	4	4	3	15
<p><b>Stärke</b>                      Der Träger nutzt die Möglichkeit Synergien zwischen Seniorenheimen und Krankenhäusern zu erzielen. Durch die gemeinsame Heimleitung über zwei Einrichtungen können auch hier umfassende Synergieeffekte genutzt werden. Prozesse sind weitestgehend durch Konzepte und Vorgaben standardisiert und über das Formularwesen formalisiert. Über das Intranet sind den Mitarbeiterinnen alle wesentlichen, schriftlich festgelegten Elemente des Organisationssystems zugänglich.                      Die Organisation der Einrichtungen ist in Organigrammen beschrieben. Für alle Mitarbeiterinnen liegen Stellenbeschreibungen vor, die auch Befugnisse regeln. Das Besprechungswesen ist organisiert.</p> <p><b>Verbesserungspotenziale</b>                      Eine Präventionsbeauftragte für Gewalt und sexuelle Übergriffe ist noch nicht bestellt.</p>					



## 6 Qualitätsmanagement

### Schwerpunktkriterium 6.1 Qualitätsziele und Qualitätspolitik

#### Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	4	4	4	4	16
Einrichtung	4	4	4	3	15

#### Stärken

In einem QM Konzept sind Ziele und Verantwortlichkeiten des QM beschrieben. Bei der Entwicklung von Qualitätszielen und Qualitätspolitik werden die Perspektiven von Bewohnerinnen, Angehörigen, Mitarbeiterinnen und Ärzten einbezogen. Die berufsgruppen-, hierarchie- und fachübergreifende Zusammenarbeit kann gut nachvollzogen werden. Ziele werden im Zwei-Jahres-Rhythmus entwickelt und quartalsweise evaluiert. Die Bereichsleitungen werden in der Entwicklung der Abteilungsziele eingebunden. Ziele werden im Rahmen des Controllings überwacht, notwendige Korrekturmaßnahmen werden bei Bedarf eingeleitet.

### Schwerpunktkriterium 6.2 Organisation des Qualitätsmanagements

#### Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	3	4	3	3	13
Einrichtung	4	4	4	4	16

#### Stärken

Eine Steuergruppe, in der der QMB des Trägers Mitglied ist, lenkt alle Prozesse im QM. In Qualitätszirkeln zu relevanten Arbeitsfelder, sind Mitarbeiterinnen aller betroffenen Bereiche eingebunden. Im Rahmen der Besprechungsstruktur sowie über das Intranet wird die QM-Arbeit kommuniziert.

Ein Konzept regelt die Organisation des Qualitätsmanagements. Eine zentrale Steuergruppe tagt wöchentlich und stellt die Weichen für die Weiterentwicklung des Systems in der Einrichtung. Über die Wohnbereichsleiter-Sitzungen werden die Informationen in die Wohnbereiche zu den Mitarbeiterinnen transportiert. Neue Mitarbeiterinnen werden durch die Einführungsveranstaltungen über QM informiert. Dokumente werden einem 2-3 jährigen Überprüfungsrythmus unterzogen. Ein Dokumentenlenkungssystem ist eingerichtet; Aufbewahrungsfristen sind definiert.

#### Verbesserungspotenzial

Der Aufbau des Intranet mit den Qualitätsdokumenten sollte auf Nutzerfreundlichkeit hin überprüft werden.

Ein Maßnahmenreport zum Controlling der Einzelaufgaben in den diversen Gremien ist noch nicht eingeführt.

Schwerpunktkriterium 6.3 Interne und externe Qualitätssicherung

Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	3	3	3	3	12
Einrichtung	4	4	3	3	14
<p><b>Stärken</b>                      Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung von Extern werden als willkommen angesehen und aufgegriffen.                      Zur internen und externen Qualitätssicherung werden zahlreiche Instrumente eingesetzt. Die Entscheidungen über die durchzuführenden Maßnahmen werden in der QM-Steuergruppe getroffen. QM-Ergebnisse werden bewertet und in einem jährlichen, im Internet veröffentlichten Qualitätsbericht zusammengefasst.</p> <p><b>Verbesserungspotentiale</b>                      Interne Audits fanden bislang nicht statt, damit auch noch keine bewusste Überprüfung inwiefern Prozesse wie beschrieben umgesetzt werden und inwiefern sie optimal wirksam sind.                      Prozessüberwachungen sind noch nicht geplant. Ebenso wird die Notwendigkeit von Prozessüberwachungen noch nicht aus einer Bewertung nachvollziehbar abgeleitet, ebenso nicht aus Risikogesichtspunkten (Risikoüberwachung).</p>					

Schwerpunktkriterium 6.4 Sammlung qualitätsrelevanter Daten

Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	4	4	3	3	14
Einrichtung	4	4	4	4	16
<p><b>Stärken</b>                      Qualitätsrelevanten Daten werden erfasst und mindestens quartalsweise ausgewertet.                      Die monatlichen Controlling Sitzungen dienen der Datenanalyse und Diskussion zu möglichen Verbesserungsmaßnahmen. Besonderheiten werden der Geschäftsführung gemeldet. Pflegerische Kennzahlen werden über die EDV-gestützte Pflegedokumentation ermittelt.</p> <p><b>Verbesserungspotenziale</b>                      Das bestehende Kennzahlensystem kann durch weitere prozessorientierte Kennzahlen ausgebaut werden.                      Es wird noch nicht deutlich inwieweit die Auswertungen ein pflegerisches Risikomanagement unterstützen.</p>					

Schwerpunktkriterium 6.5 Nutzung von Befragungen

Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	4	4	3	3	14
Einrichtung	4	4	4	3	15

Stärken

In den Seniorenheimen werden regelhaft Bewohnerinnen- und Mitarbeiterinnenbefragungen durchgeführt. Die Befragungsergebnisse werden den jeweiligen Zielgruppen bekannt gegeben und werden in den Klausurtagungen zur Zielplanung herangezogen. Die Ergebnisse werden in diversen Gremien transparent gemacht und in Intranet und Bewohnerinnensitzungen veröffentlicht. Befragungen zur Integrationsphase finden zu 100% statt.

Verbesserungspotenziale

Der Befragungsbogen zur Bewohnerinnenbefragung ist aufgrund der Fülle von Fragen, deren Formulierungen und der Gestaltung nicht Adressaten gerecht. Die Auswertung der Bewohnerinnenbefragung und Angehörigenbefragung sollte separat erfolgen. Eine Reflexion bzgl. der Grenzen/Aussagekraft der Bewohnerinnenbefragungen erfolgt noch nicht. Eindeutige Kriterien, die den Grad der Zufriedenheit festlegen, sind nicht festgelegt.

Eine Befragung externer Kooperationspartner findet bisher nur anlassbezogen statt. Der Fragebogen zur Mitarbeiterinnenzufriedenheitsbefragung sollte hinsichtlich der Anzahl und Inhalte der Fragen optimiert werden.

Schwerpunktkriterium 6.6 Umgang mit Anerkennung, Beschwerden und Verbesserungsvorschlägen

Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	3	3	3	3	12
Einrichtung	3	3	3	3	12

Stärken

Eine Verfahrensanweisung zum Zufriedenheitsmanagement liegt vor. Diesbezügliche Formulare werden seitens der Bewohnerinnen und Angehörigen sowohl für Lob und Beschwerden genutzt. Die Leitungspersonen nutzen die Möglichkeiten der Beschwerdeanregung, z. B. im Rahmen der Angehörigentreffen. Es finden jährlich zwei Fortbildungen zu diesem Thema statt. Rückmeldungen an Beschwerdeführer erfolgen zeitnah.

Verbesserungspotenziale

Eine quantitative Auswertung der Beschwerden findet statt. Welche generellen Verbesserungen bislang aus dem Zufriedenheitsmanagement abgeleitet wurden, ist nicht transparent. Mitarbeiterinnen haben bislang noch kein Instrument um Beschwerden/Ideen/Chancen offiziell zu übermitteln, außer dem Dialog. Eine Möglichkeit zur anonymen Weiterleitung von Beschwerden durch Bewohner ist nicht vorhanden.

## 7 Seelsorge

### Schwerpunktkriterium 7.1 Christliche Identität der Einrichtung

#### Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	4	4	4	4	16
Einrichtung	4	4	3	3	14

#### Stärken

Das Christliche Selbstverständnis, für das jede Mitarbeiterin Verantwortung gegenüber den ihm anvertrauten Menschen übernimmt, ist im Leitbild der Seniorenheime formuliert. Das Thema wird bereits in Bewerbungsgesprächen und auch in der Einarbeitungsphase gezielt angesprochen. Eine Seelsorge ist für Bewohnerinnen, Angehörige und Mitarbeiterinnen eingerichtet. Optische Symbole sind in der gesamten Einrichtung angebracht. Ein Qualitätszirkel Seelsorge ist eingerichtet und organisiert die Angebote in den Seniorenheimen. Ein jährlicher Klausurtag für die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen aller Einrichtungen der GmbH wird durchgeführt und ist Ausdruck des Dankes für deren Leistung.

### Schwerpunktkriterium 7.2 Seelsorgliche Begleitung der Bewohnerinnen

#### Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	4	4	4	4	16
Einrichtung	4	4	4	4	16

#### Stärken

Bewohnerinnen werden bereits im Beratungsgespräch über das seelsorgerische Angebot informiert, ihre Bedürfnisse werden erfragt. Ein Seelsorgekonzept ist erstellt, verantwortlich für die Umsetzung sind in erster Linie die Seelsorge, der Bezugspflegekraft und der Sozialdienst. Ein Qualitätszirkel Seelsorge und ein Qualitätszirkel Sterbebegleitung/Palliativ-Steuergruppe sind eingerichtet und steuern die Umsetzung der Themen. Aus den Ergebnissen der Biografiearbeit werden individuelle Angebote geschaffen. Auch in der Sterbephase wird individuell auf den Bewohner eingegangen. Es besteht eine intensive Zusammenarbeit mit der Rätiger Hospizbewegung, wodurch bei Bedarf eine kontinuierliche Betreuung sichergestellt ist. Informationsmaterialien über anders ausgerichtete Religionen sind vorhanden.

Schwerpunktkriterium 7.3 Einbeziehung der Angehörigen

Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	3	4	3	3	13
Einrichtung	4	4	4	4	16

**Stärken**  
 Regelmäßige Angehörigentreffen sowie Kundeninnenbefragungen unter Einbeziehung der Angehörigen finden statt. Die jährlichen Trauergottesdienste werden rege genutzt.  
 Angehörige werden nach entsprechender Anleitung in Pflege und Betreuung ihres Verwandten einbezogen. Alle seelsorgerischen Angebote stehen auch den Angehörigen offen, die Seelsorger stehen auch für persönliche Gespräche mit den Angehörigen zur Verfügung, insbesondere in der Trauerarbeit. Monatlich findet das Trauer Café der Hospizbewegung statt, an dem Angehörige teilnehmen können. Zudem gibt es halbjährlich die "Stillen Momente", Meditation und Musik in der Kapelle.

**Verbesserungspotenziale**  
 Es gibt noch kein schriftliches Konzept in dem der Umgang mit Angehörigen beschrieben wird. Befragungen, die sich speziell an Angehörige und gesetzliche Vertreter richten, finden noch nicht statt.

Schwerpunktkriterium 7.4 Seelsorgliche Begleitung der Mitarbeiterinnen

Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	3	3	3	3	12
Einrichtung	4	4	3	3	14

**Stärken**  
 Die Mitarbeiterinnen haben die Möglichkeit, die Seelsorger bei Bedarf für eigene Gespräche heranzuziehen. Umgekehrt werden die Mitarbeiterinnen in die seelsorgerische Arbeit einbezogen (Gestaltung von Gottesdiensten, Mitarbeit an Projekten). Zwei Mitarbeiterinnen wurden für die Durchführung ethische Fallbesprechungen qualifiziert, eine Mitarbeiterin als Begleiterin in der Seelsorge. Der kollegiale, informelle Austausch der Mitarbeiterinnen untereinander dient auch zur Unterstützung in Grenzsituationen.

**Verbesserungspotenziale**  
 Inwiefern systematisch die Bedürfnisse der Mitarbeiterinnen ermittelt werden und daraus spirituelle Angebote erwachsen, wird noch nicht umfassend ersichtlich. Auszeitangebote, z.B. in Form von Exerzitien, Besinnungstagen, Meditationsangeboten, meditative Wanderungen, werden für hauptamtliche Mitarbeiterinnen noch nicht systematisch angeboten. Inwieweit der Qualitätszirkel Seelsorge in die interne Fortbildungsplanung einbezogen wird, wurde noch nicht deutlich. Die Mitarbeiterinnenseelsorge bildet sich noch nicht im Seelsorgekonzept ab.

Schwerpunktkriterium 7.5 Deutung und Feier des Lebens durch Gebet und Gottesdienst

Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	4	4	4	4	16
Einrichtung	4	4	4	4	16

Stärken

Unterschiedliche Formen von Gottesdiensten werden in der Einrichtung angeboten. Neben den regelhaften Gottesdiensten für Bewohnerinnen und Angehörige findet monatlich auch eine Heilige Messe in der Cafeteria statt, für Bewohnerinnen, die aufgrund von Immobilität das Haus nicht bzw. nur schwer verlassen können. Hör- und sehbehinderte Bewohnerinnen erhalten in der Kapelle und in der Cafeteria einen vorderen Platz angeboten. Ebenso besteht die Möglichkeit Gottesdienste im Zimmer am Fernsehen mitzuverfolgen. Bewohnerinnen mit Orientierungsstörungen oder unruhige Bewohnerinnen erhalten eine individuelle Begleitung während der Gottesdienste. Auch findet ein spezieller Gottesdienst für Menschen mit Demenz statt. Für Mitarbeiterinnen steht eine Gebetssammlung im Intranet zur Verfügung. Es finden regelmäßige Gottesdienste und unterschiedliche Gottesdienstformen statt. Insbesondere im Trauergottesdienst wird ein schönes Ritual zelebriert. Mitarbeiterinnen werden in die Gottesdienstgestaltung eingebunden. In Gottesdiensten werden aktuelle Besonderheiten aus den Einrichtungen thematisch aufgenommen.

Schwerpunktkriterium 7.6 Räume der Begegnung

Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	4	4	4	4	16
Einrichtung	4	4	4	4	16

Stärken

Die Einrichtungen verfügen über ein großes Angebot von Räumen der Begegnung. Verantwortlichkeiten zur Gestaltung der Räumlichkeiten sind festgelegt. Die Seelsorger beider Konfessionen und anderer Glaubensgemeinschaften verfügen über geeignete Räume, die das Führen persönlicher Seelsorgegespräche mit Bewohnerinnen, Mitarbeiterinnen und Angehörigen ermöglichen.

Schwerpunktkriterium 7.7 Vernetzung der Seelsorge - intern

Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	4	4	4	4	16
Einrichtung	4	4	4	4	16
<p><b>Stärken</b>                      Ein Qualitätszirkel ist eingerichtet, der sich engagiert für die Umsetzung der verschiedenen Angebote kümmert. Neben der externen evangelischen Seelsorge, die über die Kirchengemeinde organisiert wird, ist eine Begleiterin der Seelsorge aus dem Sozialdienst mit einem eigenen Stellenanteil tätig. In der Hauszeitschrift wird regelmäßig von den Seelsorgern berichtet. Die Seelsorgerin ist in die Kommunikationsstruktur der Einrichtung eingebunden.</p>					

Schwerpunktkriterium 7.8 Vernetzung der Seelsorge - extern

Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	4	4	4	4	16
Einrichtung	4	4	4	4	16
<p><b>Stärken</b>                      Die Seniorenheime sind über den Pastor der Pfarrgemeinde und die beiden Seelsorger in das Geschehen der Pfarrgemeinde eingebunden. Von der Einrichtung ausgehende Verbindungen zur Gemeinde werden z. B. über Projekte geknüpft, umgekehrt gibt es Besuchsdienste der Pfarrgemeinde, der Sternsinger oder anderer in den Einrichtungen. Auch stehen Räumlichkeiten der Einrichtungen für externe Gruppen zur Verfügung. Heimleitung und Sozialdienst sind die Kommunikationsschnittstellen nach außen. Die Bewohnerinnen werden über Pfarr- und Gemeindebriefe über Veranstaltungen informiert. Auch die externe Vernetzung wird über den Qualitätszirkel Seelsorge thematisiert.                      Den Bewohnern wird auch die Teilnahme an Angeboten der Nachbargemeinden ermöglicht.</p>					

## 8 Gesellschaft

### Schwerpunktkriterium 8.1 Vernetzung der Einrichtung im Gemeinwesen und Öffnung für das soziale Umfeld - Sozialraumorientierung

#### Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	4	4	4	4	16
Einrichtung	4	4	4	4	16

#### Stärken

Die Einrichtung ist vorbildlich in die Gesellschaft integriert, was sich an der Teilnahme von Einrichtungsvertretern in zahlreichen externen Gremien sowie an zahlreichen Projekten zeigt. Es besteht eine Vielzahl von Kooperationsvereinbarungen mit dem Ziel, ein langfristiges vertrauliches Beziehungsgeflecht aufzubauen. Die Einrichtung stellt daher auch Räumlichkeiten für externe Veranstaltungen zur Verfügung. Plakate, Broschüren und ein Verteiler kündigen kulturelle Veranstaltungen an. Häufig finden Veranstaltungen in der Einrichtung statt, damit auf diesem Weg Bewohnerinnen die Möglichkeit zur Teilnahme gegeben wird, die das Haus nicht mehr verlassen. Ausgewählte Kooperationspartner erhalten die Hauszeitschrift und werden zu Hausveranstaltungen eingeladen

### Schwerpunktkriterium 8.2 Gewinnung, Einsatz und Begleitung ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen

#### Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	4	4	4	4	16
Einrichtung	4	4	4	4	16

#### Stärken

Zahlreiche ehrenamtliche Mitarbeiterinnen sind in den Einrichtungen im Einsatz und werden in drei Gruppen von Koordinatorinnen geführt. Ihre Betreuungsarbeit wird sehr geschätzt, was sich auch in verschiedenen Würdigungen zeigt (z. B. Neujahrsempfang, Einladungen zu Betriebsveranstaltungen usw.). Über Flyer und Mundpropaganda wird auf Möglichkeiten der ehrenamtlichen Arbeit aufmerksam gemacht, ebenso über die Rateringer Ehrenamt Börse und die Koordinationsstelle "Ehrenamt" der Pfarrgemeinde. Jede ehrenamtliche Gruppe wird durch einen Koordinator geleitet, der im engen Kontakt mit der Heimleitung steht.

#### Verbesserungspotenziale

Ein schriftliches Konzept zur Gewinnung und Begleitung ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen liegt bisher noch nicht vor.



Schwerpunktkriterium 8.3 Als kirchliche Einrichtung Position beziehen zu gesellschaftlichen Fragestellungen

Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	4	4	4	4	16
Einrichtung	4	4	4	4	16

**Stärken**  
 Durch die intensive Vernetzung mit dem Umfeld werden typische gesellschaftliche Fragestellung mit Leben gefüllt z.B. Demenz, Schmerz, palliative Begleitung u.a.. Ausgehend vom Leitbild wird Position zu verschiedenen gesellschaftlichen Fragestellung bezogen. Dies geschieht sowohl von Seiten des Trägers, als auch durch die Mitgliedschaft im DiCV.  
 Im Round Table Schmerztherapie wurde die aktuelle Sterbehilfediskussion aufgegriffen.  
 Die Einrichtung ist sich auch ihrer Verantwortung gegenüber der Gesellschaft bewusst und sorgt dauerhaft für eine entsprechende Anzahl an Arbeits- und Ausbildungsplätzen.

Schwerpunktkriterium 8.4 Umweltschutz

Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	3	3	2	2	10
Einrichtung	3	3	2	2	10

**Stärken**  
 Die Einrichtungen setzen in unterschiedlichen Bereichen Maßnahmen zur Umweltverbesserung ein (Gebäudeleittechnik mit Kennliniensystem, Materialien mit Umweltsiegel, Mehrweggeschirr, Abfalltrennung, Dosieranlage für Flächendesinfektionsmittel). Die Lüftungstechnik wurde erneuert, Abwärme wird genutzt - ein eigenes Blockheizkraftwerk wurde angeschaffen. Kooperationspartner werden in die Umweltbelange der Einrichtung einbezogen.  
 Strom und Gas werden monatlich kontrolliert. Die Wohnbereiche können sich über Verbräuche informieren und verfügen über ein Budget zum Einkauf. Auf Einwegprodukte wird in der Regel verzichtet.  
 Im Bereich der Haustechnik werden nur Materialien mit Umweltsiegel verwendet.  
 Im Hygieneausschuss, im ASA und im Heimedirektorium fließen Aspekte des Umweltschutzes in Entscheidungen mit ein.  
 Einzelne Verbrauchsdaten (Inkontinenzprodukte, Flachwäsche, Gas- und Wasserverbrauch) werden in den Controlling Sitzungen thematisiert. Ein umfängliches Verbrauchscontrolling findet noch nicht statt.

**Verbesserungspotenzial**  
 Es liegen keine schriftlichen Regelungen zum Umweltmanagement vor. Umweltziele sind noch nicht definiert. Ein Abfalltrennplan konnte nicht vorgefunden werden. Wie die Mitarbeiterinnen zu umweltgerechtem Handeln sensibilisiert werden, wird noch nicht umfassend deutlich. Umweltkennzahlen sind bisher noch nicht festgelegt.

Schwerpunktkriterium 8.5 Teilnahme an innovativen Maßnahmen und Entwicklungen

Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	4	4	4	4	16
Einrichtung	4	4	4	4	16
<p><b>Stärken</b>                      Die Einrichtung hat ihre innovative Ausrichtung bereits im Leitbild zum Ausdruck gebracht und nimmt regelhaft an Projekten teil. Die Hauptziele bei einem Projekt sind klar benannt, die Umsetzung erfolgt nach entsprechender Projektplanung. Die Intensität der Teilnahme an internen Projekten ist dabei hoch. Mitarbeiterinnen werden über anstehende Projekte informiert und zur Teilnahme motiviert. Pro Jahr ist die Teilnahme an einem neuen Projekt geplant, abhängig von den laufenden Projekten und den vorhandenen Ressourcen. Die Einrichtung beteiligt sich regelhaft an innovativen Maßnahmen und hat dabei zuvorderst die Qualitätsverbesserung im Blick.                      Für übergreifende und externe Projekte muss ein Projektplan vorliegen, der die Evaluation des Projektes und den mutmaßlichen Nutzen für die Einrichtung umfasst.</p>					

## 9 Trägerverantwortung

### Schwerpunktkriterium 9.1 Konzeptionelle Vorgaben des Trägers zur Bewohnerinnenorientierung

#### Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	4	4	4	3	15
Einrichtung	4	4	4	4	16

#### Stärken

Die Einrichtung hat ein Leitbild erarbeitet, mit dem der Träger den Rahmen zur Grundhaltung in der Einrichtung definiert. Darauf aufbauend wurden weitere Konzepte implementiert, die bewohnerinnenorientiert und auf das Leitbild abgestimmt die Umsetzung konkretisieren (Pflegeleitbild und -konzept, Wohnkonzept, Konzept des Sozialdienstes usw.).

Einrichtungsziele werden zweijährlich entwickelt, auf die Wohnbereichs-Ebene heruntergebrochen, kommuniziert (z.B. im Intranet, Teamsitzungen, Schaubilder) und systematisch evaluiert.

Die Überprüfung der Vorgaben zur Bewohnerinnenorientierung erfolgt durch Befragungen, Beschwerdemanagement, Rückmeldungen aus sonstigen Prüfungen und Angehörigentreffen. Der Träger wird über die Ergebnisse informiert.

Zukünftige Maßnahmen zur Verbesserung der Bewohnerinnenorientierung (z.B. Modernisierung des SMS) sind konkret geplant.

#### Verbesserungspotenziale

Die im Demenzkonzept beschriebenen Maßnahmen der Millieugestaltung bilden sich noch nicht umfänglich ab, z.B. Gestaltung des Gemeinschaftsraums.

Qualitätskriterien zur Bewohnerinnenzufriedenheit wurden noch nicht konkretisiert.

### Schwerpunktkriterium 9.2 Konzeptionelle Vorgaben des Trägers zur Mitarbeiterinnenorientierung

#### Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	3	4	3	3	13
Einrichtung	4	4	3	3	14

#### Stärken

Das Leitbild bildet den Rahmen zur Mitarbeiterinnenorientierung. Vorgaben zum Umgang miteinander, zu Führungseigenschaften und teamorientierter Zusammenarbeit sind gemacht. Ebenso wird Wert auf eine gute Zusammenarbeit mit der MAV gelegt. Insgesamt vermittelt die Einrichtung einen verantwortungsvollen Umgang mit den Mitarbeiterinnen, die auch in Notsituationen nicht alleine gelassen werden.

Die Mitarbeiterinnen werden sowohl im Rahmen der regelhaften Kommunikationsstruktur als auch durch Projekte, Jahrestagungen und Führungsworkshops an der Organisationsentwicklung beteiligt. Durch Transparenz, kongruentes Verhalten und durch einen kooperativen Führungsstil werden das Vertrauen und die Motivation der

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Mitarbeiterinnen gefördert. Es finden regelmäßige Zielvereinbarungsgespräche mit den Mitarbeiterinnen statt.					
<p>Verbesserungspotenziale:                      Ein umfassendes Personalentwicklungskonzept liegt noch nicht vor. Eine Altersstrukturanalyse und eine darauf aufbauende Strategieentwicklung wurden noch nicht durchgeführt.</p>					

Schwerpunktkriterium 9.3 Konzeptionelle Vorgaben des Trägers zur Sicherheit

Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	3	3	2	2	10
Einrichtung	4	4	4	3	15
<p>Stärken                      Die Einrichtung begegnet ihren Bewohnerinnen mit Professionalität mit dem Ziel, die Selbständigkeit zu erhalten und gleichzeitig auch ein sicheres Umfeld zu bieten und Risiken zu vermeiden. Ein Risikomanagement ist implementiert, verschiedene Konzepte, die der Bewohnerinnensicherheit dienen, sind vorhanden. Die Einrichtung nimmt an der bundesweiten Aktion "Saubere Hände" teil.</p> <p>Verbesserungspotenzial                      Ein umfassendes Konzept zum Arbeitsschutz ist in der Zielplanung nicht berücksichtigt. Das Präventionskonzept inklusive Deeskalationsmanagement liegt vor, wurde bisher noch nicht implementiert.                      Überlegungen für ein Betriebliches Gesundheitsmanagement sind noch nicht angestellt worden.</p>					

Schwerpunktkriterium 9.4 Konzeptionelle Vorgaben des Trägers zum Informationswesen

Informationswesen

Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	3	3	3	3	12
Einrichtung	4	4	4	4	16
<p>Stärken                      Die Einrichtung stellt sich mit einem sehr übersichtlichen und informativen Internetauftritt in der Öffentlichkeit dar. Hier werden ebenso die Ergebnisse externer Prüfungen sowie eine Jahres- und Qualitätsbericht veröffentlicht. Auch ein Konzept zur Öffentlichkeitsarbeit liegt vor. In der Pressearbeit wird die Heimleitung durch eine Stabstelle für Unternehmenskommunikation unterstützt. Ein Datenschutzbeauftragter auf GmbH-Ebene ist bestellt.</p>					

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
<p>Verbesserungspotenzial Schriftliche Vorgaben des Trägers zum Datenschutz sind ausbaufähig. Audits zum Datenschutz werden noch nicht durchgeführt.</p>					

Schwerpunktkriterium 9.5 Konzeptionelle Vorgaben des Trägers zu Führung und Leitung

Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	4	4	4	4	16
Einrichtung	4	4	4	4	16

Stärken

Die Grundlage zum Führungsverständnis des Trägers ist im Leitbild gelegt. Darauf aufbauend werden Führungskräfte in den Einrichtungen auf ihr Führungsverhalten vorbereitet und begleitet. Supervisionen, externe Weiterbildungsmöglichkeiten und Führungskräfte-Seminare werden angeboten. Zum konkreteren Verständnis wurden mit den Führungskräften aus dem Leitbild "Arbeitshilfen" definiert.

Die Arbeit der Leitungsebene wird anhand vorgegebener bzw. vereinbarter Ziele reflektiert. Die Führungskräfte aller Hierarchieebenen zeichnen sich durch einen wertschätzenden und konstruktiven Umgang aus.

Verbesserungspotenzial

Das Führungsverhalten wird durch die Mitarbeiterinnen noch nicht reflektiert (Feedback Gespräche zur Beurteilung des Vorgesetzten sind z. B. noch nicht angedacht).

Schwerpunktkriterium 9.6 Konzeptionelle Vorgaben des Trägers zum Qualitätsmanagement

Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	4	4	3	3	14
Einrichtung	4	4	3	3	14

Stärken

Das Qualitätsmanagementsystem liegt in der Verantwortung der obersten Leitung und ist zielorientiert organisiert und gesteuert. Die QMB ist in einer Stabsstelle direkt an die Leitung angesiedelt.

Eine Bewertung der Qualitätsentwicklung durch die oberste Leitung erfolgt.

Verbesserungspotenziale

Interne Prozessaudits könnten weiter ausgeweitet werden, nicht nur bei Hinweisen auf bereits bestehende Qualitätsmängel sondern im Sinne der generellen kontinuierlichen Verbesserung sowie im Hinblick auf das Risikomanagement.

Schwerpunktkriterium 9.7 Konzeptionelle Vorgaben des Trägers zur Seelsorge

Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	3	4	4	3	14
Einrichtung	4	4	4	4	16
<p><b>Stärken</b>                      Das Leitbild der Einrichtung und explizit die Wertegedanken werden in Einstellungsgesprächen angesprochen. Für die Entwicklung und Umsetzung von Angeboten der Seelsorge wurde ein eigener Qualitätszirkel eingerichtet. Es besteht ein umfassendes Verständnis von Seelsorge, dass ebenfalls die alltäglichen Sorgen und Nöte der Bewohnerinnen einbeziehen und Teilhabeaspekte einschließt.                      Auf Trägerebene besteht ein Ethikkomitee. Ein Mitarbeiter der Seniorenheime ist Mitglied im Ethikkomitee.</p> <p><b>Verbesserungspotenzial</b>                      Es gibt noch keine konzeptionellen Ansätze zur Mitarbeiterseelsorge.</p>					

Schwerpunktkriterium 9.8 Konzeptionelle Vorgaben des Trägers zur Gesellschaft

Bewertung

	Plan	Do	Check	Act	Punkte
Konsens	4	4	4	4	16
Einrichtung	4	4	4	4	16
<p><b>Stärken</b>                      Der Träger ist vorbildlich mit dem Umfeld vernetzt. Er kooperiert mit relevanten Institutionen, Selbsthilfegruppen und Vereinen. Der Träger ist umfassend im Gemeinwesen integriert.                      Der Träger nimmt seine gesellschaftliche und soziale Verantwortung wahr, indem er sich als verantwortungsbewusster Arbeitgeber und Ausbildungsbetrieb auszeichnet. Jährlich werden 9 Ausbildungsplätze zur Verfügung gestellt; Praxisaspekte werden bewusst in Ausbildung und Schule gefördert. Mit der erzbischöflichen Liebfrauenschule besteht ein Kooperationsvertrag, darüber hinaus bestehen weitere Kooperationen mit ortsansässigen Anbietern, Sozialstationen, mit der ARGE usw. Die Verantwortlichen nehmen an regionalen und überregionalen Gremien teil.</p> <p><b>Verbesserungspotenzial</b>                      Eine Auseinandersetzung zu ökologischen Fragestellung ist noch nicht ersichtlich.</p>					