



Qualitätsbericht 2016
für den cts-Verbund

„DIE BEDÜRFNISSE DER MENSCHEN
FÜR DIE WIR DA SIND, LEITEN
UNSER HANDELN. WIR ARBEITEN
STÄNDIG AN DER QUALITÄT
UNSERER DIENSTLEISTUNGEN.“

(AUS DEM LEITBILD DER CTS)

Qualitätsbericht für den cts-Verbund:

Caritas Trägergesellschaft Saarbrücken mbH (cts)

cts-Schwestern vom Heiligen Geist gGmbH

Vinzentius-Krankenhaus Landau GmbH

cts Reha GmbH

Alten- und Pflegeheim St. Anna

cts Altenhilfe GmbH

cts Jugendhilfe GmbH

cts Service GmbH

cts Integra GmbH

04

Qualitätspolitik

•

05

Qualitätsmanagement

•

05

Geschäftsbereich
Gesundheit

•

09

Geschäftsbereich
Altenhilfe

•

11

Geschäftsbereich Jugend-
und Behindertenhilfe

4 QUALITÄTSPOLITIK

Die Qualitätspolitik enthält das „Qualitätsversprechen“, das Bekenntnis zum dauerhaften Bemühen um Qualität und die Beschreibung dessen, was zugesagt werden kann.



Margret Reiter | Leiterin der Stabsstelle
Zentrales Qualitätsmanagement,
Fachärztin für Allgemeinmedizin,
Medizinisches Qualitätsmanagement

Mittels schriftlich formulierter und messbarer Qualitätsziele wird die Qualitätspolitik umgesetzt:

- **Konsequente Ausrichtung der Qualitätspolitik am christlichen Menschenbild und Verankerung im Leitbild der cts.**
- **Hohe professionelle Standards mit stetigen Verbesserungen in allen Bereichen im Interesse der Kranken, Kinder- und Jugendlichen, alten und behinderten Menschen und unserer Mitarbeiter/innen.**
- **Positive Fehlerkultur mit Nutzung des Optimierungspotentials als Lernchance, mit Transparenz und wertschätzender Kommunikation.**
- **Qualitätsmanagement als ganzheitlicher, unternehmensweiter Managementansatz, der die besondere Hervorhebung einer Mitarbeiterorientierung, die Berücksichtigung von Umweltaspekten, die besondere Akzentuierung der gesellschaftlichen Verantwortung und die Pflege von Partnerschaften und Kooperationen beinhaltet.**

Damit die Ziele erreicht werden können, hat das Qualitätsmanagement die Aufgabe, die Einflussfaktoren in ihrem Zusammenspiel in Richtung optimaler Qualität zu lenken.

Dazu müssen in der Realität alle Mitarbeiter in den Einrichtungen mitwirken, dass durch optimale Prozessgestaltung eine entsprechende Wertschöpfung und eine erfolgreiche Zukunftssicherung gewährleistet sind.

In Anbetracht des in den letzten Jahren gestiegenen Wirtschaftlichkeits- und Wettbewerbsdrucks in den Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens haben Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement einen besonderen Stellenwert erlangt.

Die Qualität der Dienstleistungen wird künftig neben der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung in noch stärkerem Maße zum entscheidenden Faktor im Wettbewerb um die Klienten unserer Einrichtungen (Patienten, Bewohner u.a.) werden. Die Vergütung von Leistungen wird zunehmend mit der Erfüllung von Qualitätskriterien und Qualitätsstandards verknüpft.

Qualitätsmängel werden immer häufiger Gegenstand öffentlicher Berichterstattung und wirken sich so unmittelbar auf die Nachfrage aus. Die Anforderungen an die Qualität unserer Dienstleistungen und an die Transparenz dieser Qualität werden weiter steigen.

Seit 2015 ein Zentrales Qualitätsmanagement der cts in Form einer Stabsstelle etabliert wurde, ist die entsprechende Stabsstelle unter anderem für die Entwicklung einer aussagekräftigen Qualitätspolitik auf Trägerebene sowie deren Synchronisation mit der Qualitätspolitik auf Geschäftsbereichsebene zuständig.

Dazu werden Maßnahmen zur Umsetzung koordiniert, sowie Vorschläge zur Prozessoptimierung erarbeitet und umgesetzt. Überall dort, wo Synergien und Vernetzungen sinnvoll sind, sollen sie gerade im Bereich des Qualitätsmanagements genutzt und ausgebaut werden.

Ein Beispiel hierzu ist die Neustrukturierung des Befragungsmanagements unter dem Dach des zentralen Qualitätsmanagements. Im Bereich der Altenhilfe erlaubt ein zentral erstellter Fragebogen ein Benchmarking, das den einzelnen Einrichtungen z.B. beim Marketing ein Optimierungspotential verdeutlicht.

Auch im Geschäftsbereich Gesundheit wird durch die Festlegung der Befragungen, des Turnus und der Auswertungsmodalitäten ein hilfreicher Vergleich möglich.

Dort wo ein zentrales Vorgehen die Analyse und Verbesserung erleichtert, wird es durchgeführt. Aber auch da, wo individuelle Wege zielführend sind, kann das zentrale QM durch Erfahrung in ähnlichen Projekten unterstützen.

Einige der zahlreichen Themen und Projekte aller Geschäftsbereiche, die dazu dienen, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der cts stetig zu verbessern, stellen wir Ihnen im Folgenden vor.

Geschäftsbereich Gesundheit

CaritasKlinikum Saarbrücken:

Nach der Entscheidung der Geschäftsführung, eine Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015 für alle Krankenhäuser anzustreben, wurden die ersten Schritte eingeleitet. Hierzu zählt z.B. die systematische Überführung und Weiterentwicklung von Prozessbeschreibung in ein hausweites QM-Handbuch. Mit Unterstützung eines elektronischen Dokumentensystems soll es zukünftig für den Nutzer einfacher werden, die relevanten Informationen im QM-Handbuch zu finden.

Darüber hinaus sind Strukturen im QM aufzubauen, die es erlauben – auch unabhängig vom Zertifizierungsverfahren – eine kontinuierliche Verbesserung und Weiterentwicklung in allen Bereichen des CaritasKlinikums Saarbrücken sicherzustellen. Ein Ziel ist die Etablierung einer Aufbauorganisation, die es ermöglicht, dass der Qualitätsgedanke noch mehr zum Teil des Arbeitsalltages wird und somit seine Durchdringung stetig erhöht wird. Mit Audits, Maßnahmenplänen und des kontinuierlichen Controllings der Umsetzung wird mehr Transparenz und Sicherheit für Mitarbeiter und Patient geschaffen.

Ein Schritt zur Sicherstellung der hohen Qualitätsanforderungen war die Zertifizierung des Onkologischen Zentrums im Juli 2016 am CaritasKlinikum Saarbrücken St. Theresia nach der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG).

Während das Brustzentrum schon seit Jahren nach DKG zertifiziert ist, erfüllen jetzt außerdem das Darmzentrum, das Zentrum für Kopf-Hals-Tumoren und das Zentrum für gynäkologische Tumo-



ren unter dem Dach des Onkologischen Zentrums diese Voraussetzungen. Hierdurch wird die Betreuung onkologischer Patienten weiter verbessert und ihnen in jeder Phase ihrer Erkrankung eine Behandlung ermöglicht, die sich an hohen Qualitätsmaßstäben orientiert.

Basis des Systems der DKG sind die zertifizierten Zentren. Diese Zentren müssen jährlich nachweisen, dass sie die fachlichen Anforderungen für die Behandlung einer Tumorerkrankung erfüllen und zudem über ein etabliertes Qualitätsmanagementsystem verfügen. Die Anforderungen sind in Erhebungsbögen mit Qualitätsindikatoren zusammengefasst. Sie werden in interdisziplinären Kommissionen erarbeitet und regelmäßig aktualisiert. Leitlinien spielen eine wichtige Rolle bei der Festlegung der Qualitätsindikatoren.

Um die Leistungen des Onkologischen Zentrums intensiv zu begutachten, waren Experten aus den oben genannten Fachrichtungen zwei Tage vor Ort und stellten dem Zentrum ein hervorragendes Zeugnis aus: Die Einrichtung behandelt Patienten mit Krebserkrankungen auf kontinuierlich hohem Niveau. Mit der erfolgreichen Zertifizierung nutzt das Onkologische Zentrum jetzt die bestehenden Möglichkeiten, hohe Qualitätsmaßstäbe nach bundesweit einheitlichen Kriterien nachzuweisen.

Auf diese Weise ist sichergestellt, dass der Patient von der Diagnose über die stationäre und ambulante Behandlung bis zur Nachsorge bestmöglich betreut wird.

Die onkologische Versorgung erfolgt in interdisziplinärer Zusammenarbeit; klinische Studien ermöglichen es, stets innovative Therapieoptionen anzubieten. Das Zentrum erfüllt zu-

dem anspruchsvolle Anforderungen an Qualitätssicherung, Dokumentation, Datenschutz und Vernetzung unter anderem mit Palliativstation, Radioonkologie, Schmerzklinik, Pathologie und Apotheke.

Individuelle Behandlungskonzepte sind nur möglich durch die optimierte Zusammenarbeit mit Niedergelassenen und externen Kooperationspartnern, sowie durch die erfolgreiche Zusammenarbeit aller Berufsgruppen.

Für die Patienten bedeutet das Qualitätssiegel, dass sie sich darauf verlassen können, dass sie eine optimale Versorgung bekommen.

Text: **Margret Reiter** u. **Dr.-Ing. Bettina Hahne**
Leiterin Qualitätsmanagement
CaritasKlinikum Saarbrücken

Vinzentius-Krankenhaus Landau

Das Vinzentius-Krankenhaus Landau ist für seine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung bekannt. Diese basiert auf dem Einsatz modernster Medizin sowie einem hohen Maß an fachlicher Kompetenz und Professionalität. Aber nicht nur darauf: Denn auch das konsequent im Alltag gelebte Qualitätsmanagement am Vinzentius-Krankenhaus trägt maßgeblich dazu bei.

Warum das so ist? Weil es die Aufgabe des Qualitätsmanagements (QM) ist, durch geeignete Rahmenbedingungen die Qualität der Versorgung zu hochzuhalten – einerseits.

Und andererseits daran zu arbeiten, die Abläufe kontinuierlich zu verbessern, um eine hohe Patientenzufriedenheit und Patientensicherheit und eine möglichst optimale Krankenversorgung zu erzielen. „Bei unserer Arbeit orientieren wir uns deshalb am Qualitätsmanagementkonzept DIN EN ISO 9001 und am Excellence-Modell

der European Foundation for Quality Management, kurz EFQM“, erklärt Dr. Joachim Gilly, stellvertretender kaufmännischer Direktor, Qualitätsmanagement und Öffentlichkeitsarbeit am Vinzentius-Krankenhaus Landau.

Doch was bedeutet das konkret? Im Rahmen des Qualitätsmanagements wurden berufsgruppenübergreifend Standards erarbeitet und Ziele gesetzt, deren Einhaltung in regelmäßigen Abständen durch interne Begehungen und in der Regel durch jährliche mehrtägige Begutachtungen externer Zertifizierungsinstitute überprüft werden. Bei Diskrepanzen werden mögliche Ursachen analysiert und entsprechende Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet. Darüber hinaus werden in den einzelnen Kliniken anstehende Themen in interdisziplinären Qualitätszirkeln bearbeitet und die zielgerichtete Zusammenarbeit bei komplexeren Aufgaben gefördert. Eine Arbeit, die sich auszahlt: So wurde das Vinzentius-Krankenhaus Landau nicht nur 2013 nach internationalen Qualitätsnormen als Gesamtkrankenhaus zertifiziert, sondern hat zudem zahlreiche weitere Zertifizierungen erhalten.

So sind auch die Kompetenzzentren Diabeteszentrum, Darmzentrum, regionales Traumzentrum, EndoProthetik-Zentrum und Inkontinenzzentrum mit ihrer besonderen Expertise und Versorgungsqualität zertifiziert. Für das Vinzentius-Krankenhaus Landau ist Qualitätsmanagement ein übergeordnetes Anliegen: „Wir engagieren uns daher auch in Institutionen und Gremien, die an der Weiterentwicklung von Qualitätsstandards und ihrer Indikatoren arbeiten“, erläutert Gilly. „Beispielsweise im EFQM oder im Verein `Qualitätsindikatoren für kirchliche Krankenhäuser e.V.', abgekürzt QKK e.V..“

Mitgliedschaften:

Vollmitglied bei der European Foundation of Quality Management (EFQM) seit November 2005.

Aktuelle externe Zertifizierungen:

Zertifizierung als Diabeteszentrum für Typ 1 und 2 Diabetes nach dem Diabetologikum DDG seit Oktober 2007. Re-Zertifizierungen 2010 und 2014. Zertifizierung als Regionales Traumazentrum des TraumaNetzwerk DGW Vorderpfalz durch DIOcert seit Oktober 2008. Re-Zertifizierungen 2012 und 2015.

Zertifizierung des interdisziplinären Darmzentrums nach DIN EN ISO 9001 durch ClarCert seit Juni 2010. Jährliche Überwachungsaudits, Re-Zertifizierungen 2013 und 2016.

Zertifizierung der Patientenversorgung mit beteiligten Schnittstellen und Funktionsabteilungen nach DIN EN ISO 9001 durch ClarCert seit Mai 2013. Jährliche Überwachungsaudits, Re-Zertifizierung 2016.

Zertifizierung als Kontinenz- und Beckenbodenzentrum durch die Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V. im Juni 2014.

Zertifizierung als EndoProthetikZentrum nach EndoCert im Juli 2014. Jährliche Überwachungsaudits. Seit Dez 2013 Beteiligung am Endoprothesenregister Deutschland.

Beispiele für aktuelle Projekte:

Ein Schwerpunkt 2016 war der Ausbau des Risikomanagements im Bereich

- Krankenhaushygiene (u.a. Management von multiresistenten Erregern, von Antibiotikaresistenzen, vom Einsatz von Desinfektionsmitteln, Umsetzung der Vorgaben der Aktion

„Saubere Hände“, Umsetzung der KRINKO-Empfehlungen). An strukturellen Maßnahmen wurde die Ausbildung von 2 Hygienefachkräften und einem Facharzt als Antibiotic steward abgeschlossen, die Fortbildung eines hygienebeauftragten Arztes zum Krankenhaushygieniker wird im August 2016 abgeschlossen sein. Weiterhin wurden für alle Abteilungen hygienebeauftragte Ärzte und Klinik nurses ausgebildet. Zur Vermeidung von Resistenzentwicklungen wurden die hauseigenen Antibiotikaleitlinien aktualisiert und als Kitteltaschenversion zur Verfügung gestellt.

- Alarm- und Einsatzplanung (Brandfall, Evakuierung, Massenansturm von Verletzten)
- Umsetzungen der Vorgaben des Bündnisses Patientensicherheit (präoperative Sicherheits-Checkliste)
- 2016 erfolgte Einführung einer tele-neurologischen Mitbehandlung der Schlaganfallpatienten durch eine Schlaganfallzentrum der Maximalversorgung.

Um die Regelungen zu kommunizieren wurde seit 2013 das Intranet neu aufgesetzt. Zwischenzeitlich 870.000 Zugriffe, zeugen von der Akzeptanz des Systems.

Der freie Zugriff auf Datenbanksysteme (CNE E-Learning – Datenbank für die Pflege und UpToDate – Medizinische Wissensdatenbank für die Ärzte) ergänzen diese Informationsquelle.

Auszug aus dem letzten Auditbericht vom Mai 2016

„Die Mitarbeiter zeigten sich vollumfänglich in das System integriert und maximal engagiert, die Systematik

und die Leistungsfähigkeit weiter auszubauen. Die in der Klinik angetroffenen Mitarbeiter stellten nachhaltig die Kompetenz und die Leistungsbereitschaft dar, die definierten Anspruchsgruppen umfassend in ihren Anforderungen zu erfassen und die Leistungen dementsprechend zu erbringen.

Die angewandten Verfahren zur kontinuierlichen Verbesserung wie z. B. Fehlermanagement, Beschwerdemanagement wie die Patientenbefragung und die ärztliche Supervision der Leistungen in den Visiten stellen sich als angewandte Instrumente dar, das bestehende QM-System ständig weiterentwickeln und zu optimieren.

Die zu zertifizierende Klinik konnte darlegen, über ein funktionierendes QM-System mit dem Ziel der ständigen Optimierung zu verfügen.“

Text: **Dr. Joachim Gilly, MHBA**
Stv. kaufmännischer Direktor
Vinzentius-Krankenhaus Landau

**Qualitätssicherung mit QKK (Qualitätsindikatoren Kirchlicher Krankenhäuser e.V.)**

Genau wie bei einer Zertifizierung geht es auch beim Benchmark von Qualitätsindikatoren um das Ziel, die Behandlungsqualität so gut wie möglich zu monitoren und die Strukturen und Ergebnisse immer weiter zu verbessern. Deshalb sind die Krankenhäuser der QKK Mitglieder bei QKK. (Qualitätsindikatoren Kirchlicher Krankenhäuser e.V.) www.qkk-online.de

Der QKK e.V. unterstützt kirchliche Krankenhäuser bei der Anwendung von Qualitätsindikatoren und ihrer Nutzung

zur Verbesserung der Behandlungsqualität. Die cts ist Gründungsmitglied des QKK e.V., dem in 2016 mehr als 70 Einrichtungen angehören. Der Verein QKK e.V. setzt sich für die Steigerung der Transparenz stationärer Leistungen sowie die Verbesserung der Ergebnisqualität im Krankenhaus ein. Ein wichtiges Werkzeug zum Erreichen dieser Ziele ist die Entwicklung neuer Indikatoren zur Behandlungsqualität in bislang nicht abgedeckten Bereichen. Über einen Vergleich des Versorgungsgeschehens können Verbesserungspotenziale in den Strukturen und Prozessen der Einrichtungen der Mitglieder identifiziert werden. Eine Verbesserung der Behandlungsqualität und der Patientenversorgung wird damit angestoßen.

Der Verein stellt seinen Mitgliedern ein Set von geeigneten Qualitätsindikatoren zur Verfügung, das wissenschaftlich evaluiert wurde und die Grundlage für einen standardisierten Leistungsvergleich ist. Der QKK e.V. berät die Mitglieder auch bei der Auswertung der Analyseergebnisse. Zur Schwachstellenanalyse und Qualitätsverbesserung werden Peer Review-Verfahren durchgeführt. Für Leistungsbereiche, für die im deutschen Gesundheitswesen bisher Qualitätsindikatoren fehlen, entwickelt, evaluiert und veröffentlicht der Verein neue Indikatoren.

Folgende Indikatoren stehen den Mitgliedern zur Verfügung:

- Patient Safety Indicators (PSI) der Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)
- German Inpatient Quality Indicators (G-IQI)
- Qualitätsindikatoren der externen vergleichenden Qualitätssicherung
- QKK-Indikatoren
- QSR-Indikatoren (WIDO) (optional)

Behandlungsqualität und Orientierung an christlichen Werten bilden für kirchliche Krankenhäuser eine Einheit. Die üblichen Qualitätsindikatoren messen überwiegend Sterblichkeits- und Komplikationsraten. Die neuentwickelten QKK-Indikatoren ergänzen diese Kennzahlen und versuchen die Qualität der medizinischen Versorgung vulnerabler Patientengruppen (z.B. Demenzkranke oder Patienten mit Palliativbehandlung) zu messen und zu verbessern. Alle Indikatoren bilden zusammen das QKK-Indikatoren-Set.

Am Caritasklinikum Saarbrücken finden mehrmals im Jahr sogenannte Trainingszentren statt, in dem neue Mitglieder im Umgang mit den Indikatoren geschult werden und auch langjährige Mitglieder in einen Austausch zur Arbeit und Interpretation der Ergebnisse kommen.

Qualitätsindikatoren für vulnerable Patientengruppen am Beispiel der Palliativindikatoren:

Von Palliativmedizinern aus Mitgliedseinrichtungen des QKK e.V. wurden im Tracer Palliativmedizin vier Indikatoren entwickelt; zwei zur Ergebnisqualität und zwei zur Strukturqualität, hierbei zur Qualifikation des ärztlichen und pflegerischen Personals.

Die neuen Indikatoren nehmen internationale Vorschläge auf und übertragen diese auf die Möglichkeiten der Qualitätsbewertung aus Routinedaten in Deutschland. Bewusst wird hierbei auch die Versorgung außerhalb spezieller palliativmedizinischer Einheiten betrachtet.

QKK-Indikator P-03: Palliativmedizinische Betreuung jenseits der Palliativstation

QKK-Indikator P-04: Anteil palliativmedizinischer Betreuung bei metastasierenden Karzinomen

QKK-Indikator P-05: Palliativmedizinische Qualifikation des ärztlichen Dienstes

QKK-Indikator P-06: Palliativmedizinische Qualifikation des pflegerischen Dienstes

Text: Margret Reiter

Sankt Rochus Kliniken

Nach drei Jahren konnten die Sankt Rochus Kliniken zum wiederholten Mal erfolgreich rezertifiziert werden. Ein gültiges QM-Zertifikat gemäß den Anforderungen der BAR ist Voraussetzung für den Fortbestand des Reha-Versorgungsvertrages. Die Klinikleitung hat sich für das Zertifizierungsverfahren „IQMP-kompakt“ entschieden, welches sich an dem bisher bekannten „IQMP-Reha“-Verfahren orientiert.

Das Zertifizierungsaudit wurde vom 20.-22.07.2016 von einem unabhängigen Expertenteam des Zertifizierungsunternehmens proCumCert vorgenommen. Nach einem ausführlichen Führungsgespräch mit der Klinikleitung, bzw. der Klinikkonferenz folgte eine Prüfung der dokumentierten Nachweise. Im Anschluss führte das Auditorenteam Begehungen auf den einzelnen Stationen und Bereichen durch, in denen kollegiale und strukturierte Gespräche mit den Mitarbeitern vor Ort geführt wurden.

Von den Auditorinnen wurden besonders der nachweislich erfolgreich umgesetzte kontinuierliche Verbesserungsprozess (KVP), die sehr gute Durchdringung des QM-Systems in den Abteilungen und das große Engagement der Leitungskräfte bei der Gestaltung und Umsetzung des QM-Systems gelobt. Das Zertifikat hat eine Gültigkeit von drei Jahren, sodass die nächste Rezertifizierung in 2019 stattfinden wird. Mit der Implementierung eines integrierten Risikomanagementsystems haben die Sankt Rochus

Kliniken zum Ziel, die kontinuierliche Identifikation, Analyse, Bewertung, Abschätzung und Bewältigung aller unternehmerischen Risiken innerhalb des bestehenden Qualitätsmanagementsystems sicherzustellen.

Es soll frühzeitig auf mögliche Risiken, Fehler und Sicherheitslücken bzgl. strategischer, operationeller oder finanzieller Prozesse hinweisen und dient als Frühwarnsystem im Unternehmen. Um dieses Ziel zu erreichen, wurde das bereits bestehende Risikomanagement konzeptionell verknüpft mit den zahlreich eingesetzten QM-Instrumenten zur Risiko-Identifikation, die bereits seit Jahren im Rahmen der Qualitätssicherung durchgeführt werden. Zu den wichtigsten QM-Aktivitäten für die Risiko-Identifikation zählen z. B. das Beschwerdemanagement, das Fehlermanagement (CIRS), Begehungen aus dem Beauftragtenwesen (ASA, Hygiene, des Brandschutzes und des Datenschutzes), Patientenbefragungen, sowie Ergebnisse aus Sturz- und Unfallstatistiken.

Die identifizierten Risiken werden strukturiert den entsprechenden Gremien, Kommissionen, etc. gemeldet und dort bewertet. Als besonders wichtige Instrumente zur Risiko-Identifikation dienen interne Audits, die in den Sankt Rochus Kliniken seit Jahren regelmäßig durchgeführt werden. Seit Anfang des Jahres finden auch Risikoaudits statt, d. h. es wird konkret nach möglichen Risiken bzgl. der Prozess-Zielerreichung gefragt. All diese regelmäßigen QM-Aktivitäten bilden die „Fundgrube“ für potentielle Risiken, sodass ein integriertes Risikomanagement erfolgreich gelebt werden kann. Die identifizierten Risiken werden im QM dokumentiert und regelmäßig in der Klinikkonferenz bewertet.

Text: **Irene Schmitz**
Qualitätsmanagementbeauftragte
Sankt Rochus Kliniken

Geschäftsbereich Altenhilfe

„Die überbordende Bürokratie ist für die Beschäftigten in der Pflege der Motivationskiller Nr. 1. Daher freue ich mich über das große Interesse an der Umsetzung des Projekts zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation. Zurzeit erreichen mich viele Anfragen zu dem Projekt: beispielsweise von interessierten Einrichtungsträgern (ambulant wie stationär), aus der Dokumentationsbranche und von Lehrbuchverlagen. Sie alle haben Fragen zum aktuellen Stand der Umsetzung des Projekts und zur flächendeckenden Implementierung der neuen Grundstruktur einer schlankeren und effizienteren Pflegedokumentation – dem „Strukturmodell der Pflegedokumentation“.

(Staatssekretär Karl Josef Laumann, Pflegebeauftragter der Bundesregierung)

Das wichtige Projekt der Vereinfachung der Pflegedokumentation in den SeniorenHäusern der cts umzusetzen, wurden vier wesentliche Schritte in 2016 umgesetzt:

- Eine Arbeitsgruppe erarbeitete ein entsprechendes Umsetzungsraaster für die Einrichtungen der cts.
- Im Caritas Seniorenhaus St. Augustin wurde die (noch papiergestützte) Dokumentation auf das neue Modell umgestellt.
- Die Verantwortliche für das zentrale QM nahm an Multiplikatoren-Schulungen im Rahmen des bundesweiten Projekts „EinStep“ (Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation) teil.
- Mit Unterstützung einer externen Unternehmensberatung wurde die Ausschreibung geeigneter IT-Fachsysteme für Dokumentation und Dienstplanung auf den Weg gebracht.



Im Kontext des Beratungsprozesses fanden im April 2016 in den zwölf Seniorenhäusern des cts Verbundes teilstrukturierte Interviews mit den Haus- und Pflegedienstleitungen statt. Aus den Ergebnissen der Gespräche ergibt sich eine Priorisierung, um die internen Strukturen Fachlichkeit, Qualität, Organisation und Wirtschaftlichkeit zu analysieren und weiter zu optimieren:

- **Strategie gestalten**
- **QM verschlanken**
- **IT- Einsatz verbessern**
- **Verwaltungsorganisation verbessern**
- **Stärkung der Rolle der Pflegedienstleitung**

Um diese Themen gezielt weiter zu bearbeiten wurden unter Beteiligung von Geschäftsführung, Abteilungsleitungen der Trägerzentrale, Hausleitungen und Pflegedienstleitung sowie von Pflegefachkräften Workshops durchgeführt, um die erhobenen Fakten zu bewerten und Optimierungsvorhaben im Sinne eines Projektmanagement zu planen. So entstand eine Projektlandkarte mit den Hauptfeldern Pflegegestärkungsgesetz II, Neue Begutachtungsassessment (NBA), das Konzept Hausgemeinschaft 2.0 sowie das Projekt „Schlankes QM und neue IT“.

Insbesondere das letztgenannte Projekt wird wichtig sein im Hinblick auf die Auswahl der IT Fachsysteme und damit der Umsetzung des Strukturmodells zur Vereinfachung der Pflegedokumentation. Darüber hinaus bietet das Gesamtprojekt die Möglichkeit, die Weiterentwicklung des QM mit Prozessoptimierungen und dem sachgerechten Einsatz der Informationstechnologie zu verbinden.

Text: **Brigitte Pistorius**
Qualitätsmanagement
Geschäftsbereich Altenhilfe
Caritas Trägergesellschaft Saarbrücken
mbH (cts)

Geschäftsbereich Jugend- und Behindertenhilfe

Kitas

Die Kitas im cts-Verbund arbeiten bereits seit 2004 mit einem trügereigenen QM-Instrument nach DIN ISO, das auch die Gütekriterien des Verbandes Katholischer Tageseinrichtungen für Kinder (KTK) und die 2008 aufgelegten bistumseigenen QM-Kriterien (Trier-QM) umfasst.

Die weitgespannte Prozesslandschaft des QM-Systems wird regelmäßig evaluiert und entsprechend der Ergebnisse angepasst oder verändert. Das in 2014 erarbeitete Kinderschutzkonzept für die Kindertagesstätten im cts-Verbund ist überprüft und ergänzt worden.

Das Kinderschutzkonzept ist Grundlage und Rahmen für die Arbeit in den Einrichtungen mit Kindern, Eltern und Institutionen, die mit den Einrichtungen kooperieren. Jede Kita arbeitet auf dieser Basis zusätzliche einrichtungsindividuelle Instrumente und Verfahren zur Beteiligung, zum Beschwerdemanagement, zur Prävention usw. aus. Dabei spielen die Kategorien Altersgruppenzugehörigkeit, Kultursensibilität/Migrationshintergrund, Ressourcen und Handicaps bei Kindern eine tragende Rolle.

Die Kitas im cts-Verbund sind mit dem Kinderschutzkonzept und den Prozesslandschaften zu pädagogischen Kernprozessen, Gewaltprävention, Umgang mit Kindeswohlgefährdung und Beschwerdemanagement bestens gerüstet, um den Erfordernissen des neuen Bundeskinderschutzgesetzes und den Nachweispflichten in diesem Themenfeld bezüglich der saarländischen Verfahrensstandards zur Betriebserlaubnis nach SGB VIII zu genügen.



Zusätzlich liegen für jedes Jahr die Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung der Eltern vor, die den Einrichtungen und den MitarbeiterInnen auch für das Jahr 2015 wieder sehr gute Leistungen und hohe Akzeptanz attestierten. Die guten Effekte der systematischen Qualitätsentwicklung, gerade auch in Hinblick auf identifiziertes Verbesserungspotential, werden auch von den Eltern wahrgenommen und anerkennend kommentiert.

Die cts Kindertagesstätten Kita Rastpfuhl, Kita Thomas Morus, Kita St. Nikolaus und die Integrative Kita im Theresenheim sind im Saarland die einzigen katholischen Einrichtungen, die am Bundesmodellprogramm „Sprach-Kitas“ 2016–2019 teilnehmen. Dieses Programm ist in der Nachfolge des Bundesmodellprojektes „Sprache und Integration von Krippenkindern“ aufgelegt worden, an welchem – außer der zum Start des Projektes noch nicht in Trägerschaft der cts befindlichen Kita St. Nikolaus – alle weiteren Kitas des cts-Verbundes erfolgreich zwischen 2011 und 2015 partizipiert haben.

Die Caritas Kita Thomas Morus hat die Qualitätsleitlinie des cts-Verbundes der Kitas „Nachhaltige Bildung und Entwicklung“ systematisch seit 10 Jahren in Prozesse und vielfältige Maßnahmen umgesetzt. Für dieses Engagement wurde sie als Landessieger der Initiative „Haus der kleinen Forscher“ mit ihrem Wettbewerbsbeitrag „Ein Tag ohne Strom“ ausgezeichnet. Die bundesweite Initiative wird u.a. getragen durch die Telekom-Stiftung und den Verband der metallverarbeitenden Industrie.

Jugendhilfe und Behindertenhilfe

Die Jugendhilfeeinrichtungen starteten im Jahr 2008 mit der Implementie-

rung des Qualitätsentwicklungs- und Evaluationssystems moses. Der Name steht für „monitoring von Schlüsselprozessen und Ergebnisqualität zur Systematisierung von Planungsprozessen“ und ist ein IT-gestütztes Programm des Institut quer der katholischen Stiftung Gute Hand in Kürten-Biesfeld. Die Einrichtungen des cts-Verbundes weisen bereits mehrere, für die Prozesssteuerung und -veränderung hilfreiche jährliche Auswertungen durch das Institut quer auf. Insbesondere Daten zu Hilfeverläufen und -zeiten, klinisch psychologischen Aussagen aus standardisierten Verfahren, Interventionen/Förderungen, Zufriedenheitsanalysen sowie statistischen Grund- und Sozialdaten liegen regelmäßig für jede Einrichtung vor.

Daraus ergeben sich Impulse und Änderungsbedarfe in Bezug auf Konzepte, Settings, Interventions- und Methodenrepertoires. Seit 2015 wird die zentrale Vorgabe des Schwerpunkts „Zielplanung pädagogischer Hilfen“, insbesondere der partizipativ ermittelten Ressourcenziele für die begleiteten Kinder und Jugendlichen in den Einrichtungen umgesetzt und via moses überprüft.

In der Behindertenhilfe sind Standards der Fallsteuerung und des gemeinsamen Fallverständnisses neben Dokumentationsstandards eingeführt und implementiert worden. Neu aufgesetzte Beteiligungsverfahren zur Förderplanung haben Veränderungsbedarfe zu Settings, Zeitabläufen, Tagesstrukturierung und Freizeitgestaltung der Menschen mit Behinderungen zutage gefördert, die direkt in entsprechende Maßnahmen umgesetzt wurden und somit Selbstwirksamkeitserfahrungen ausgelöst haben.

Weiterhin arbeiten alle Einrichtungen der Kinder-, Jugend- und Behinderten-

hilfe an den Umsetzungen zum Bundeskinderschutzgesetz (2012) weiter. Nach der Entwicklung und Implementierung von Grundlagen und Verfahren zum Beschwerdemanagement und Entwicklung und Implementierung sexualpädagogischer Konzeptionen als Teil präventiver Strukturen in der Praxis der Jugend- und Behindertenhilfe stehen nun die ersten Überprüfungen der Prozesse an.

Auf der gemeinsamen Grundlage wie sie das Kinderschutzkonzept für die Einrichtungen der Jugendhilfe im cts-Verbund und die zentralen Vorgaben zum Beschwerdemanagement darstellt, arbeiten die Einrichtungen entlang ihres Angebotsportfolios für differenzierte Zielgruppen jeweils passgenau adaptierte Instrumente und Verfahren unter Beteiligung der Mädchen und Jungen und der Mitarbeitenden aus und überprüfen diese regelmäßig.

Text: **Dagmar Scherer**

Direktorin Geschäftsbereich Jugendhilfe

Mitglied der Geschäftsleitung

Caritas Trägergesellschaft Saarbrücken

mbH (cts)

