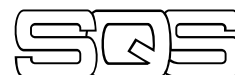


# AUDITBERICHT ASSESSMENTBERICHT



Schweizerische Vereinigung  
für Qualitäts- und Management-  
Systeme (SQS)

Bernstrasse 103  
3052 Zollikofen  
Schweiz

T +41 58 710 35 35  
F +41 58 710 35 45

www.sqs.ch

Zollikofen, 9. November 2017  
Seite 1 von 7  
Dokument 595\_1

Franziska Wey  
franziska.vey@sqs.ch  
+41 58 710 33 96

## Unternehmen/Organisation

zeka zentren körperbehinderte aargau  
Guyerweg 11  
5000 Aarau  
Schweiz

**Kontaktperson** Herr Angelo De Moliner

**T** +41 62 837 10 87

**Anzahl Mitarbeitende** 190 (ca. Vollzeitstellen)

## Dienstleistung

**Audit/Assessment**  
Aufrechterhaltungsaudit

**Projektnummern**  
P43567.001.01.70, P43567.001.02.70

**Audit/Assessment Beginn/Ende**  
7. November 2017 – 8. November 2017

**Geltungsbereich**  
Sämtliche Dienstleistungen des gesamten Unternehmens,  
umfassend die Bereiche Schulen, Ambulatorien,  
Erwachsene, Dienste und Human Resources, sowie ristoro  
und kontor

**Tätigkeitsgebiet**  
Angebote für Menschen mit Beeinträchtigungen primär  
körperlicher und/oder gesundheitlicher Art, Dienstleistungen  
für Kundinnen und Kunden

**Geschäftskonto** 308031

Angelo.DeMoliner@zeka-ag.ch

**F** ---

**Normative Grundlagen**  
ISO 9001:2015, SODK OST+

**Scope**  
38

**Registrierungsnummern**  
44050, 44051

**Zertifikatsgültigkeit von/bis**  
14. August 2017 – 19. November 2018

**Nächste Überprüfung**  
6./7. November 2018 **MIT** NPO Label (zwei Auditorinnen)  
6./7./8. November 2018 **OHNE** NPO Label (eine Auditorin)

**Lead Auditorin**  
Frau Franziska Wey

**Freigabe**

**Datum**

**Unterschrift**

**Lead Auditorin**

9. November 2017



|      |  |   |
|------|--|---|
| 1.   | Konformität mit Vorgaben.....                    | 2 |
| 1.1. | Ausgangslage.....                                | 2 |
| 1.2. | Gesamteindruck .....                             | 2 |
| 1.3. | Erfüllung der überprüften Normforderungen .....  | 6 |
| 1.4. | Nächste Überprüfung .....                        | 6 |
| 2.   | Abweichungen .....                               | 7 |
| 2.1. | Hauptabweichung (major Non-Conformity).....      | 7 |
| 2.2. | Nebenabweichung (minor Non-Conformity).....      | 7 |
| 3.   | Hinweise zur kontinuierlichen Verbesserung ..... | 7 |

## 1. Konformität mit Vorgaben

### 1.1. Ausgangslage

#### Auditplan

Der Ablauf erfolgte gemäss Auditplanung vom 5. Juli 2017.

#### Letzte Überprüfung

- Transferaudit 11. August 2017
- Aufrechterhaltungsaudit
- Rezertifizierungsaudit

#### Organisatorische Veränderungen

- Die Strategischen Ziele sind revidiert. Auf der Homepage ist die Vision 2025 aufgeschaltet.
- Damit die zusätzlichen sieben Wohn- und Tagesstrukturplätze bald zur Verfügung stehen, wurden drei Eigentumswohnungen gekauft.
- Der Stiftungsleiter erläuterte im Audit weitere wichtige Veränderungen/Entwicklungen, die in der Management-Review abgebildet sind.

### 1.2. Gesamteindruck

#### Generelles

- Die Leitbildüberarbeitung ist abgeschlossen. Den Mitarbeitenden wird das Leitbild noch diesen Monat vorgestellt.
- Die Nachfolgeplanung aus Altersgründen der Mehrheit der Geschäftsleitungsmitglieder wird thematisiert. Die Erweiterung auf sieben GL-Mitglieder war zielführend.
- Rechtskonformität ist eingehalten, es bestehen keine offenen, gesetzlichen Verfahren gegen zeka.
- Das Projektmanagement wird hochprofessionell abgewickelt. Die entsprechenden Instrumente werden eingesetzt.
- Die Mitarbeitenden verfügen innerhalb definierter Zielsetzungen über eine angemessene Methodenfreiheit. Ihre Professionalität kombiniert mit klaren Abläufen ergeben qualitativ überdurchschnittliche Ergebnisse.

### **Prozess-Management**

zeka verfügt über eine konsequente Prozessorientierung. Prozess- und Qualitätsziele sind durchgängig definiert. An den aktuell durchgeführten MAG wird der Fokus auf den Bekanntheitsgrad der Qualitätsziele gerichtet sowie die Indikatoren/Standards thematisiert.

Die im kantonalen Leistungskonzept aufgeführten Wirkungsziele finden sich sowohl in Leitbild wie Prozessen.

- Die Dichte der Zielesetzungen ist eher im oberen Bereich. Die verschiedenen Zielebenen wie Wirkung, Prozess und Qualität sind in der Messung herausfordernd.

Evaluationen und Zufriedenheitsbefragungen finden regelmässig statt. Aktuell werden Elternbefragungen mittels strukturierter Interviews durchgeführt. Dieser Ansatz garantiert einen fairen und repräsentativen Querschnitt.

### **Eignung des Managementsystems**

Die Beurteilung erfolgte anlässlich des Transferaudits vom 11. August 2017 und ist im entsprechenden Auditbericht abgebildet.

Das IQM ist in hohem Masse geeignet, das Organisationswissen der zeka zu sichern und die Mitarbeitenden in der täglichen Arbeit zu unterstützen.

### **Eignung des Geltungsbereichs**

Der für die Zertifizierung definierte Geltungsbereich wurde überprüft und ist geeignet.

### **Bewertung der ergriffenen Massnahmen zu Abweichungen aus dem letzten Audit**

Es gab keine Abweichungen.

### **Bewertung der ergriffenen Massnahmen zur kontinuierlichen Verbesserung**

Als lernende Organisation hat zeka kontinuierliche Entwicklung und Verbesserung verinnerlicht und weist sie in vielen besprochenen Beispielen nach. Rückmeldungen aus Audits werden dokumentarisch zusammengetragen und bei Handlungsbedarf bearbeitet.

### **Umgang mit Reklamationen**

Im Dokument «Unzufrieden mit zeka, was tun? Übergriff im zeka, was tun?» ist der Beschwerdeweg definiert.

- Möglicherweise könnte die externe Ombudsstelle Verein Patientenstelle AG/SO beauftragt werden, beispielsweise jährlich eine Rückmeldung zu geben, ob die Stelle von Anspruchsgruppen der zeka angegangen wurde. Möglicherweise könnte dies in der Management-Review referenziert werden (zum Beispiel 2018 bei der externen Ombudsstelle eingegangene Beschwerden 0).
- Prüfen Sie bitte bis zum nächsten Audit, ob Beschwerden ausserhalb des Klienten-Settings, beispielsweise Käufer von Produkten, Restaurantgäste etc., ebenfalls standardisiert abgewickelt werden (Beschwerdemanagement).

## **Kommentare und Bemerkungen zu ausgewählten Themen inklusive NPO Label**

### Erwachsene Wohnen mit Assistenzleistung

Im persönlichen Gespräch mit einer jungen Bewohnerin äusserte sich diese überaus zufrieden mit der Wohnsituation und der Möglichkeit, im Atelier ihren Interessen nachgehen zu können. Interessanterweise fühlt sie sich nicht «betreut». Das Personal wird auf Augenhöhe als unterstützend und sehr freundlich wahrgenommen, welches die Bewohnerin jedoch in ihrer Autonomie nirgends einschränkt. Der Bewohnerin ist der Unterschied zwischen Wohnheim und Assistenzleistung sehr bewusst und sie würde niemals tauschen wollen.

Die Infrastruktur ist optimal, viele Details erleichtern den Alltag (Elektro-Rollstuhl Ladestelle, per Knopfdruck bedienbare Türen und vieles mehr). Die Infrastruktur lässt viel Normalität und Autonomie zu, ist jedoch im Verhältnis zu den Möglichkeiten von Nichtbehinderten nicht überdimensioniert.

Der Prozess ist gut nachvollziehbar. Freiheitsbeschränkende Massnahmen sind vertraglich erwähnt und werden anlässlich des Standortgesprächs dokumentiert. Die Bewohnerdokumentation lässt sich lückenlos nachverfolgen. Gremien wie Wohnerrat, regelmässige Bewohnersitzungen und der Einbezug in wichtige Lebensthemen unterstützen die Autonomie der Bewohnenden. Das Credo, Entscheide nicht für, sondern mit den Bewohnenden zu treffen, ist sichtbar.

### Ambulatorien

Die vielschichtigen Abläufe werden dokumentarisch auf den Punkt gebracht. Im auditierten Bereich der Heilpädagogischen Früherziehung liess sich das Aufnahmeverfahren prozesshaft herleiten. Die Eltern/Bezugspersonen werden angemessen miteinbezogen.

Die pädagogische Prozessgestaltung, die hinter der Förderplanung steht, übertrifft deren Minimalanforderungen bei Weitem.

Trotz Fachkräftemangel im Bereich Heilpädagogik, Logopädie etc. sind alle Stellen besetzt. Ein wesentliches Merkmal für die qualitativ hochstehende Erfüllung des Auftrags.

### K/J Schulen

Der Fokus auf die Zielgruppe «Sozial beeinträchtigte Kinder/Jugendliche» zieht aktuell Anpassungen in der Dokumentation nach sich. Es werden Konzepte erarbeitet und weitere Grundlagen beschrieben. Wesentlich dürfte sein, die Kompetenzen der Mitarbeitenden entsprechend zu erweitern. Der Anmeldeprozess wird durch den SPD initiiert und folgt klaren Regeln. Aufgefallen ist die Ausrichtung zur grösstmöglichen Integration Richtung Regelschule.

### ICT Prozesse

Diese werden professionell gemanagt. Die Sicherstellung erfolgt in Zusammenarbeit mit Partnern und ist mittels Serviceverträgen geregelt. Es besteht ein hohes Bewusstsein für Risiken, jedoch auch das Augenmass für das Machbare. Der Helpdesk ist ein gut organisiertes Instrument, das zur Zufriedenheit der Nutzerinnen und Nutzer beiträgt. Besonders hervorzuheben ist die lückenlose Dokumentation der Netzwerkarchitektur und anderen Grundlagen wie zum Beispiel Inventarübersicht.

### NPO Label

Aktuell sind 30 Organisationen im deutschsprachigen Raum NPO Label-Träger. Die kleinsten Organisationen bestehen aus weniger als zehn Mitarbeitenden, die Grössten verfügen gegen tausend Mitarbeitende. zeka würde zu den zehn grössten Organisationen gehören. Im Assessment-Verfahren wird der Erfüllungsgrad bewertet. Also nicht nur vorhanden ja/nein, sondern in welcher Qualität. Der geringste Erfüllungsgrad beträgt zurzeit 60 Prozent, die Organisation mit dem höchsten Erfüllungsgrad steht bei über 90 Prozent. Nach dem Assessment würde zeka ihre Einstufung im Benchmark mit den anderen Organisationen erfahren. Dem Auditorinnen-Team ist es wichtig, dabei Entwicklungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Eine Spezifikation des NPO Labels ist es, dass sowohl ein bis zwei Mitglieder des Stiftungsrats wie die Geschäftsleitung im Assessment zeitlich gefordert sein würden. Der eigentlichen Leistungserbringung wird weniger Aufmerksamkeit geschenkt (nur Kapitel 3.6!). Die Geschäftsleitungsmitglieder müssten sich mindestens einen Tag für das Assessment freihalten.

### Feststellungen anlässlich des Audits

Obwohl in diesem kurzen Aufrechterhaltungsaudit nur wenige Themen angesprochen werden konnten, geht die Auditorin heute davon aus, dass zeka das NPO Label erlangen könnte und die Anforderungen grossmehrheitlich erfüllen würde.

Die Kapitel 1.1. Allgemeines Managementverständnis und 1.2. Prozess- und Dokumentationsmanagement sind erfüllt und würden bereits einige Punkte in der Skala 4 geben.

Im Kapitel 2.2.2. Geschäftsführung, Geschäftsstelle, NPO Betrieb, würden sich ebenfalls viele Punkte ergeben. Das im ISO 9001:2015 geforderte Leadership wird im NPO Label als Management-Orientierung bezeichnet. Der Wille und Einsatz der Geschäftsleitung, qualitativ hohe Standards zu erreichen, ist gut sichtbar.

Das im Kapitel 2.4 bezeichnete Projektmanagement (Innovationsmanagement kann nicht beurteilt werden) ist bei zeka ebenfalls ausgeprägt. Instrumente sind vorhanden und werden eingesetzt. Die eingesehenen Projektdokumentationen gehören zu den Besten, die die Auditorin bisher gesehen hat.

Im Freiburger Management-Modell nimmt das Marketing-Management eine wichtige Rolle ein und wird umfassend betrachtet.

- Kapitel 3.1. Grundlagen/Konzept ist zwar vorhanden, jedoch ist Optimierungspotenzial im Bereich Evaluation (Kapitel 3.1-05) zu orten.
- Kapitel 3.3 Interessensvertretung wäre zu systematisieren.
- Kapitel 3.4 Internes Marketing wird mit dem guten Ansatz der Newcomer Session abgedeckt. Hier stellt sich die Frage, wie das Ehrenamt miteinbezogen würde.
- Kapitel 4.5 Freiwillige Helferinnen/Helfer, hier wären möglicherweise Grundlagen zu schaffen.

Weiterer Handlungsbedarf könnte zeka anhand der abgegebenen NPO Checkliste selber einschätzen.

Kapitel, die keine Relevanz haben, können im Vorfeld ausgeschlossen werden. Beispielsweise 2.2.2-05 angegliederte, rechtlich selbstständige Betriebe, 2.2.3-01/02/03 Konzernstruktur, 3.5 Marketing als Auftragsdurchführung für Mitglieder, 4.2 Mitglieder.

**Nutzung von Zeichen und/oder andere Verweise auf die Zertifizierung**

Die Organisation verwendet die entsprechenden Zertifikatsmarken korrekt.

- Jedoch wäre der Verweis auf der Homepage zu ISO 9001:2008 sowie BSV/IV zu aktualisieren.  
<http://www.zeka-ag.ch/?content=1020>

**1.3. Erfüllung der überprüften Normforderungen**

Die Überprüfung der auditierten Managementsysteme basiert auf einer Stichprobe und wird von der leitenden Auditorin wie folgt beurteilt.

- Erfüllt für  
ISO 9001:2015, SODK OST+
- Erfüllt mit Nebenabweichungen für
- Nicht erfüllt für
- Hauptabweichungen
- Aufrechterhaltung der Zertifikatsgültigkeit: nach positiver Beurteilung der Korrekturmassnahmen
- Aufrechterhaltung der Zertifikatsgültigkeit: nach erfolgtem ausserordentlichem Aufrechterhaltungsaudit mit positivem Ergebnis

**1.4. Nächste Überprüfung**

- Ausserordentliches Aufrechterhaltungsaudit
- Aufrechterhaltungsaudit
- Rezertifizierungsaudit

**Datum**

Bis Ende Jahr entscheidet zeka, ob sie das NPO Label erlangen möchte.

Es sind folgende Termine reserviert:

ISO 9001:2015, SODK OST+ und NPO Label:

Dienstag, 6. November 2018 - Mittwoch, 7. November 2018 (zwei volle Tage mit zwei Auditorinnen, Frau Barbara Aebi, <http://www.bapartner.ch>, reserviert sich bis aus Weiteres das Datum)

ISO 9001:2015, SODK OST+ ohne NPO Label:

Dienstag, 6. November 2018 - Donnerstag, 8. November 2018 (drei volle Tage mit einer Auditorin)

**Bemerkungen**

Die Auditplanung erfolgt rechtzeitig und unter Berücksichtigung der anderweitigen Termine im Bereich Schulen.

## **2. Abweichungen**

### **2.1. Hauptabweichung (major Non-Conformity)**

Es wurde keine Hauptabweichung festgestellt.

### **2.2. Nebenabweichung (minor Non-Conformity)**

Es wurde keine Nebenabweichung festgestellt.

## **3. Hinweise zur kontinuierlichen Verbesserung**

- 1 Wie festgestellt, sind Risiken oftmals gleichzeitig Chancen. Wir empfehlen eine Diskussion, ob die IKS Risikoanalyse mit der Chancenanalyse kombiniert werden könnte. Ausgehend von Geschäftsfeldern oder interne/externe Themen könnten Risiken/Chancen gegenübergestellt werden (siehe elektronisches Beispiel Stärken/Schwächen im Anhang, das sich auch auf Risiken/Chancen übertragen lässt).
- 2 Falls nicht schon gemacht, könnte die Chancen- und Risikobetrachtung auch auf die Interessierten Parteien angewendet werden (siehe elektronisches Beispiel im Anhang).
- 3 Es geht bei der Risiko- und Chancenbetrachtung darum, die Erkenntnisse zu managen, heisst Risiken minimieren und Chancen nutzen. In der Management-Review (ISO 9001:2015 Terminologie Managementbewertung) sollten entsprechende Aussagen zur Wirksamkeit von Massnahmen stehen (siehe elektronischer Normenauszug Kapitel 9.3 ISO 9001:2015).
- 4 Wir empfehlen, in die interne Auditplanung auch spezifische Themen aus SODK OST+ aufzunehmen.
- 5 Sie erhalten im elektronischen Anhang unsere ICT Checkliste.

Die Auditorin bedankt sich für die seriöse Vorbereitung und die konstruktiven Gespräche. Auch die Gastfreundschaft und der Taxidienst wurden sehr geschätzt. Sie wünscht Ihnen ein angenehmes und erfolgreiches Jahr.