

AUDIT-/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, 11. November 2021
Seite 1 von 16
Dokument 1771_1

Barbara Aebi
barbara.aebi@sqs.ch
+41 44 280 10 01

Organisation

zeka zentren körperbehinderte aargau
Guyerweg 11
5000 Aarau
Schweiz

Kontaktperson Herr Thomas Müller

T +41 79 562 26 85

Geschäftskonto 308031

thomas.mueller@zeka-ag.ch

Dienstleistung

Audit/Assessment
Rezertifizierungsaudit (Stage 2)

Audit/Assessment Beginn/Ende
9. November 2021 – 10. November 2021

Geltungsbereich
Sämtliche Dienstleistungen des gesamten Unternehmens,
umfassend die Bereiche Schulen, Ambulatorien,
Erwachsene, Dienste und Human Resources, sowie ristoro,
atelier und kontor
Angebote für Menschen mit Beeinträchtigungen primär
körperlicher und/oder gesundheitlicher Art, Dienstleistungen
für Kundinnen und Kunden

Normative Grundlage(n)
ISO 9001:2015, SODK OST+, NPO:2020

Scope der Akkreditierung
38

Registrierungsnummer
H44050 (ISO 9001:2015)
H44051 (SODK OST+)
H60072 (NPO:2020)

Gültigkeit Zertifizierungsdokumente von/bis
20. November 2021 – 19. November 2024

Leitender Auditorin
Frau Barbara Aebi

Co-auditorin
Frau Liliane Gabriel

Freigabe(n)

Datum

Unterschrift

Leitende Auditorin

11. November 2021

Sachverständigenkommission
ISO 9001:2015, SODK OST+, NPO:2020

16. November 2021

Sachverständigenkommission NPO

18. November 2021

Sig. Prof. Dr. Markus Gmür





1.	Allgemeine Informationen	2
2.	Berichterstattung	3
3.	Abweichung(en).....	8
4.	Erfüllung der Anforderungen und Antrag.....	8
5.	Hinweise zur fortlaufenden Verbesserung	9
6.	Normkonformität – Systembeurteilung und Erläuterungen	11
7.	Formelle Konformität des Audits	14

1. Allgemeine Informationen

1.1. Organisationsprofil

Gesellschaftsform	Stiftung zeka zentren körperbehinderte aargau wurde 1966 als Aargauische Stiftung für cerebral Gelähmte gegründet und ist eine selbstständige Stiftung im Sinne von Art.80 ff. des Schweizerischen Zivilgesetzbuches mit Sitz in Aarau. Stiftungszweck ist die Beratung, Begleitung, Betreuung und Förderung von Menschen, die aufgrund von Beeinträchtigungen, primär körperlicher und/oder gesundheitlicher Art, derart benachteiligt sind, dass ihre Teilnahme an Bildung, am Erwerbsleben oder in der Gesellschaft erschwert oder verunmöglicht ist.
Geschäftsfelder	Bereich Ambulatorien, Bereich Schulen, Bereich Erwachsene
Produkte/Dienstleistungen	Dienstleistungen für Kundinnen und Kunden
Marktausrichtung	Kanton Aargau und umliegende Gebiete.
Ausgelagerte Prozesse	Prozesse werden nicht ausgelagert. Extern bezogene Dienstleistungen oder Produkte sind im Auftrag oder mittels Vertrag geregelt.

Bedeutende Änderungen seit der letzten Überprüfung mit Einfluss auf das Managementsystem

Der langjährige Stiftungsleiter Herr Ueli Speich hat die operative Führung an der offiziellen Stabsübergabe am 5. August 2021 an Frau Priska Elmiger übergeben. Wir möchten uns nochmals sehr herzlich für die geschätzte Zusammenarbeit mit Herrn Speich bedanken und wünschen Frau Elmiger nach diesen ersten 100 Tagen im Amt viel Freude und Erfolg in der Führung und Weiterentwicklung der Organisation.

Im Jahr 2021 fand des Weiteren ein Führungswechsel der medizinischen/therapeutischen Massnahmen statt. Die durch die im Jahr 2022 bevorstehende Pensionierung vom stellvertretenden Stiftungsleiter, Herr Carlo Mettauer, entstehende Vakanz wurde öffentlich ausgeschrieben.

Die Unklarheiten in der Finanzierung durch den Kanton, verzögern die Budgetplanung 2022. Die Vorbereitungen zum Budget haben wir in der Finanzsequenz eingesehen.

Erweiterte Angebote, wie beispielsweise Begleitung in den ersten Arbeitsmarkt für Menschen mit Vollrente oder den Ausbau ambulanter Wohnangebote etc., sind in Bearbeitung. Die Aussage bezieht sich auf die BBB Arbeit. Für die Begleitung von Menschen in den geschützten Arbeitsmarkt ist die BBB Arbeit von zeka nicht zuständig.

Für ergänzende Informationen verweisen wir auf die ZEKA-Website.

1.2. Bericht

- Gesamtbericht (Abschlussbericht bei **Multi-sites** sobald **alle Standorte** gemäss Standortstichprobe auditiert wurden)
- Teilbericht (siehe Abschnitt Standortmanagement)

2. Berichterstattung

Kontext der Organisation, Interessierte Parteien, Chancen und Risiken

Der Kontext des Unternehmens ist bestimmt und anlässlich der Jahresklausur überprüft. Es werden externe und interne Themen auf der SWOT berücksichtigt. Es sind Themen, die relevant sind, um die beabsichtigten Ergebnisse des Managementsystems zu erreichen. Die Zielgruppen sind nachvollziehbar im Konzept Marketing, PR und Fundraising vom 16. Juni 2015 aufgeführt. Besonders zu erwähnen ist, dass die Gesellschaft als Stakeholdergruppe und Einflussfaktor miteinbezogen ist. Die Erwartungen und Erfordernisse sind definiert und eine Bewertung der sich daraus ergebenden Chancen und Risiken ist erfolgt.

Umsetzung der Strategie, Überwachungs- und Messressourcen

Die übergeordneten Ziele und beabsichtigten Ergebnisse sind in der Stiftungsurkunde, im Leitbild und der Vision dargestellt. Das Leitbild und die Vision werden als Grundlage für die Strategie-Erarbeitung 2030 und die Festlegung von strategischen Schwerpunkten, für die Massnahmenplanung und die Festlegung von Jahreszielen im gesamten Unternehmen eingesetzt.

Die Basisdokumente der normativen, strategischen und operativen Führung sind aufeinander abgestimmt und beinhalten folgende Elemente

- Stiftungsurkunde, beglaubigt 30. Juni 2016
- Vision ZEKA 2025
- Leitbild 28. Juni 2017 überarbeitet
- Geschäftsreglement 28. Juni 2017
- Berichterstattung strategische Ziele 2020-2023
- Managementreview 2020
- Strategische Ziele 2022-2025
- Jahresziele

Die Jahresziele sind auf Prozessverbesserung, das Einhalten der geltenden gesetzlichen und behördlichen Anforderungen, die Erfüllung der Erwartungen der Interessierten Parteien sowie auf die Sicherung eines ausgeglichenen Betriebsergebnisses ausgerichtet. Quartalsweise erfolgt die Überprüfung und wird vom SR-Ausschuss und der GL genehmigt. Massnahmen sind festgehalten und fliessen in den Führungskreislauf.

Der Prozess gemäss Führungszyklus Unternehmensführung, -entwicklung und Controlling konnte in den Stichproben mit den Nachweisdokumentationen gut nachvollzogen werden.

Managementbewertung

Die Managementreview 2020 liegt aussagekräftig als interner Jahresbericht vor. Die Bewertungen der Resultate und Mehrjahresvergleiche sind plausibel und konnten in den Gesprächen sowie Stichproben von Nachweisdokumentationen gut nachvollzogen werden. Die grafische Aufbereitung mit einem ergänzenden Kurzurück- und Ausblick ermöglicht den Lesern rasch einen Überblick zu erhalten. Die Erkenntnisse fliessen in Form von Zielen und Massnahmen in die Planung des Folgejahres ein.

Wir möchten Sie weiterhin darin bestärken die interne Managementbewertung im Rahmen des Managementzyklus als integratives Führungs-Reportingsystem zu nutzen.

Verpflichtung der Leitung, Bewusstsein der Mitarbeitenden Prozessmanagement, dokumentierte Informationen

Die Organisation hat die für das Managementsystem erforderlichen Prozesse festgelegt. Die Anwendung ist mittels der Excel-Lösung sichergestellt. Für diese Prozesse sind die erforderlichen Inputs und erwarteten Outputs sowie Abfolge und Wechselwirkung bestimmt. Kriterien und Methoden liegen vor. Die Messung und Leistungsindikatoren sind bestimmt und sind Bestandteil der Zielsetzungen. Chancen und Risiken für die einzelnen Prozesse sind bestimmt.

Die Verpflichtung der Unternehmensführung, ein wirksames Managementsystem aufrecht zu halten, konnte wiederum deutlich erkannt werden. In den verschiedenen Auditsequenzen war bei Prozessverantwortlichen und Mitarbeitenden das hohe Qualitätsbewusstsein sowie die Prozess-Sicherheit und IQM-System-Akzeptanz erkennbar.

Das Managementsystem unterstützt die Organisation im Erreichen ihrer Ziele und in der Umsetzung ihres Auftrags. Die Unterlagen sind grösstenteils aktuell und gelenkt, Änderungen fliessen in den fortlaufenden Verbesserungsprozess ein. Die Zielerreichung wird mittels verschiedener, adäquater Instrumente und Messgrössen gemessen und überwacht. Besonders positiv fielen auch die nutzerorientierten, pragmatischen Arbeitsinstrumente, Vorgabe- und Nachweisdokumentationen auf.

Die geforderten dokumentierten Informationen lagen in den Stichproben vollständig vor. Wir haben aufgenommen, dass die Überführung auf eine elektronische Archivierung sich in Arbeit befindet.

Kommunikation

Die interne und externe Kommunikation sowie Kommunikation bei ausserordentlichen Ereignissen/Krisenmanagement ist nachvollziehbar in den Prozessen geregelt und konnte in den Gesprächen gut nachvollzogen werden. Besonders fiel die ansprechende Kommunikation mit aktuellen, lebendigen Beiträgen im «zeka.zin» sowie auf der Website auf. Auch fällt die Transparenz, der auf der Website publizierten Beiträge aus beispielsweise Befragungen, Audits etc., positiv auf.

Wissens- und Kompetenzmanagement

Das erforderliche Wissen für die Durchführung der Prozesse ist im IQM dokumentiert. Die Förderung von Entwicklungen für Mitarbeitende, wie beispielsweise Weiterbildung, werden jährlich individuell im Mitarbeitendengespräch ermittelt. Massnahmen fliessen in die Jahresplanung. Als Ergänzung verweisen wir auf die Resultate der Mitarbeitendenbefragung 2021 sowie den Miteinbezug von Wissensträgern im Projekt Beziehungsgestaltungskonzept.

Externe Anbieter

Unter dem Aspekt der Kernkompetenzen werden Dienstleistungen ganz gezielt extern in Auftrag gegeben. Mit Lieferanten und Partnern in beispielsweise Gastronomie, ICT, FM sind schriftliche Vereinbarungen oder Verträge abgeschlossen. Die Stichproben konnten gut nachvollzogen werden. Die Durchführung der Lieferanten-/Partnerbewertungen ist auf 2022 geplant. Der Aufbau eines einheitlichen Vertragsmanagement ist als Projekt in der Geschäftsleitung aufgenommen.

Interne Audits

Regelmässig durchgeführte interne Audits stellen sicher, dass die Prozesse gemäss den definierten Vorgaben umgesetzt und effektiv sind. Die rollende Mehrjahresplanung, Auditprogramme und Berichte liegen vor, sind plausibel und nachvollziehbar. Die erarbeiteten Hinweise/Empfehlungen sowie die Wirkung der umgesetzten Massnahmen werden überwacht. Die fortlaufende Verbesserung und Weiterentwicklung des Systems finden statt. Fazit und Empfehlungen aus dem internen Audit werden mit einem Bericht vom Qualitätsbeauftragten an der Geschäftsleitungssitzung behandelt.

Als interne Auditoren und Auditorinnen sind Kadermitarbeitende befähigt. Die Auditoren- und Auditorinnen-Schulung findet intern jährlich statt. Geplant ist die Überprüfung der internen Auditororganisation.

Zufriedenheitsmessung/Umgang mit Reklamationen und anderen Nichtkonformitäten

Die Auswertungen der Klientenbefragungen 2020 und Mitarbeitendenbefragung 2021 sind auf der ZEKA-Website veröffentlicht.

Die Beteiligung sowie das Resultat der Mitarbeitendenbefragung ist für die Organisation sehr erfreulich. Punktuell und themenbezogen haben wir am Audit einzelne Bewertungen vertieft. Die Rückschlüsse, beispielsweise im Gesundheitsmanagement, lassen sich plausibel vornehmen.

Der Prozess der kontinuierlichen Verbesserung wird aktiv gelebt. Neu ist geplant, Vorschläge und Inputs über Outlook erfassen zu können, analog der ICT- und FM-Tickets. Durch die Einfachheit und hohe Akzeptanz dieses Systems erachten wir dies als ideale Weiterentwicklung.

Aussagen zu Rechtskonformität/offene Verfahren

Nach Aussage der Stiftungsleitung und Stellvertretung gibt es keine offenen juristischen Verfahren. Die Gesetzeskonformität wird laufend durch die Verantwortlichen sowie jährlich, zentral auf Änderungen oder Neuerungen überprüft.

Bewertung der ergriffenen Massnahmen zu Abweichungen aus dem letzten Audit

Aus dem SQS-Aufrechterhaltungsaudit 2020 resultierten keine Neben- und Hauptabweichungen. Die im letzten SQS-Bericht ausgewiesenen Hinweise zur kontinuierlichen Verbesserung wurden aufgenommen, geprüft und nach Priorität bearbeitet. Hierzu haben wir eine aktuelle Stellungnahme erhalten.

Gesamteindruck SODK OST+

(Auszug aus den Stichproben und Ergänzung zu unseren Ausführungen unter ISO 9001:2015 und NPO-Label)

Der Zweck der Stiftung wird in der Stiftungsurkunde vom 30. Juni 2016 beglaubigt. Das Strukturkonzept kantonal umfasst die wesentlichen Grundlagenpapiere. Die Gewaltentrennung zwischen der strategischen und operativen Führung ist klar geregelt. Die Mitglieder des strategischen Gremiums und der internen Aufsicht sind namentlich bekannt. Die Kompetenzen sind klar definiert und die Stellenbeschriebe, insbesondere für die Kader, sind erstellt. Die Stellvertreterregelungen sind definiert.

Die Organisation richtet sich gut nach dem Betreuungsbedarf der aufgenommenen Klienten und Klientinnen. Auch verfügt die Organisation über eine klare Aufbau- und Ablaufstruktur mit klaren Zuständigkeiten. Das Organigramm ist auf einem aktuellen Stand. Die Geschäftsleitung sowie die Mitarbeitenden sind fachlich ausgewiesen und strahlen Kompetenz aus.

Der Datenschutz ist gemäss Dokument «Interne Information und Kommunikation» geregelt und befindet sich mit Stand 25. Mai 2021 in Überarbeitung. Die Zugriffsrechte auf Dokumente und elektronische Daten sind im ICT-Prozess geregelt. Mitarbeitende unterzeichnen das Dokument «Gebrauch von ICT am Arbeitsplatz».

Die Finanzierung und deren interne Prozesse, wie Budgetierung, basierend auf den Richtlinien des Kantons, sind im Abacus-System aufgenommen. Detailauswertungen finden über Excel statt.

Die Grundlagen zur Betreuung und Begleitung in der entsprechenden Arbeit (Schule, Ambulatorium) sind aufgenommen und intern umgesetzt mit der pädagogischen und therapeutischen Prozessgestaltung. Auf den Schutz der Klienten und Klientinnen wird geachtet. Das Schutzkonzept regelt den Betrieb und beschreibt die geltenden Schutzmassnahmen.

Die Bauten sind zweckmässig und Klienten-gerecht eingerichtet. Die gelebte Inklusion war am besuchten Standort in Baden erleb- und einsehbar. Auf dem gleichen Areal befindet sich auch das Schulhaus der Volksschule. Der Pausenplatz wird geteilt.

Die Rechte und Pflichten der Klienten und Klientinnen sind festgelegt und die Ombudsstelle bekannt.

Gesamteindruck nach dem NPO-Label für Management Excellence

Die hohe Systemreife und Weiterentwicklung der Organisation ist deutlich sichtbar und zeichnet sich im Bewertungsergebnis ab. Die nachfolgend ausgeführten, ergänzenden positiven Eindrücke aus den Stichproben entsprechen dem Abschlussgespräch und sind nach dem NPO-Label aufgebaut.

Kap. 1 Grundlagen und Kap. 2 System-Management

- Umsichtige Nachfolgeplanung und Einführung der neuen Stiftungsleitung;
Kader-Klausur: Prozessgestaltung und Übergang «Keine Zukunft ohne Herkunft».
- Offenheit und Mut Neues auszuprobieren (Beispielsweise Einführung der Teamziele, Paradigma-wechsel mit Öffnung für Menschen mit sozialer Beeinträchtigung).
- Klare, nachvollziehbare und schlanke Aufbauorganisation.
- Interaktion zwischen Stiftungsratsausschuss und Stiftungs-/Geschäftsleitung.
- Verpflichtung der Führung zum IQM über alle Stufen. Ausgesprochenes Qualitätsbewusstsein.
- Hohe Prozessorientierung und Sicherheit in der IQM-Anwendung.
- Einfachheit und Durchgängigkeit der IQM-Dokumentation.
- Digitalisierungsoffensive.

Kap. 3 Marketing-Management

- Hohe Klientenzentrierung, die Klienten stehen im Mittelpunkt!
- Hohe Kompetenz der Mitarbeitenden, mit grosser Motivation, Freude und Hingabe in der Umsetzung der Dienstleistungen.
- Dokumentierte Reflexionsgrundlagen der Aussen- und Innenwirkung im Marketing, PR und Fundraising.
- Ansprechende und informative Kommunikationsmittel und Beiträge (zeka.zin, Website).
- Newcomer-Sessions (Teil der ZEKA Werte).
- Mitbestimmung der Klienten in beispielsweise Menüplanung mit Wünschen/Geburtstagsessen; freudvoll gestaltetes Geburtstagstablett.
- Aufbau und Repetition der fünf-Minuten-Küchenschulungen (zielgerichtet, einfach, ansprechend).
- Digitalisierung im Unterricht mit Projekt Medien und Information an den Schulen von ZEKA.

Kap. 4 Ressourcen-Management

- Erneuerung MaZiGe (Mitarbeitenden- und Zielvereinbarungsgespräch) hin zu einem kooperativen, zielorientierten Gespräch.
- Projekt-Miteinbezug von Wissensträgern in der gesamten Organisation (Beispiel Beziehungsgestaltungskonzept).
- Neu eingerichtete, externe Ombudsstelle für Mitarbeitende.
- Durchgeführte Lohnanalyse aufgrund Gleichstellungsgesetz.
- Spezifischer Miteinbezug externer Partner (beispielsweise Audit ICT-CyberSecurity oder Diversey Lebensmittelhygiene Ristoro).
- Pragmatische, für Nutzer einfach zugängliche Ticketing-Lösung über Outlook für ICT und FM.
- Konzentration auf Kernapplikationen in der ICT.
- Klare finanzpolitische Grundsätze und Prozessumsetzung.

Kap. 5 Controlling

- Etablierte Führungs- und Finanz-Controlling-Instrumente.
- Erfreuliche Beteiligung mit 85 Prozent und Resultat der Mitarbeitendenbefragung 2021 mit Kaskadierung der Betrachtungen in die Bereiche.
- Breit abgestützte Organisation zur Durchführung interner Audits.
- Gelebter, breit abgestützter KVP (kontinuierlicher Verbesserungsprozess).
- Gelebter Regelkreis der Verbesserung mit Reflexionen, Feedback-Schlaufen, Rückmeldungen aus Umfragen unmittelbar sowie angepasst.

2.1. Assessment-Ergebnis hinsichtlich Erfüllungsgrad

Ihre Organisation

Erstzertifizierung 2018	82.9 Prozent
Rezertifizierung 2021	84.5 Prozent

Benchmark Stand 20. September 2021

Durchschnitt aller Bewertungen (bis sechs Audit-Zyklen)	80.7 Prozent
Bestes Ergebnis	96.3 Prozent
Tiefstes Ergebnis	60.0 Prozent

3. Abweichung(en)

- Keine Abweichung(en)
- 0 Hauptabweichung(en) gemäss Anhang
- 0 Nebenabweichung(en) gemäss Anhang

Bei Multi-sites Audits ist durch die zentrale Stelle zu überprüfen, ob weitere Standorte durch die Abweichung(en) betroffen sind.

4. Erfüllung der Anforderungen und Antrag

4.1. Ausgangslage

- Zertifizierungs-/Rezertifizierungsaudit:** Zertifizierungsentscheid erfolgt auf Antrag des leitenden Auditors durch die Sachverständigenkommission (SVK).
- Aufrechterhaltungsaudit:** Entscheid über Aufrechterhaltung der Zertifizierung erfolgt durch den leitenden Auditor.

4.2. Auditergebnis und Antrag

Zertifizierungs-/Rezertifizierungsaudit

- Erfüllt** – Antrag zur Erteilung der Zertifizierung für
- Erfüllt** mit Nebenabweichung(en) und angenommenen geplanten Massnahmen Antrag zur Erteilung der Zertifizierung für
- Nicht erfüllt** mit Hauptabweichung(en) für Antrag zur Erteilung der Zertifizierung, nach erfolgreicher Verifizierung der umgesetzten Korrekturen/Korrekturmassnahmen und der dazugehörigen Nachweisdokumente, anlässlich
 - Dokumentenaudit (OFF-site)**
 - Nachaudit**
- Teilbericht:** Antrag zur Erteilung der Zertifizierung erfolgt mit Gesamtbericht

Norm(en)

ISO 9001, NPO,
SODK OST+

4.3. Gültigkeit der Zertifizierung

- Beginn **gemäss Antragsfreigabedatum** durch die SVK
- Beginn **anschliessend**, ohne Unterbruch an auslaufende Zertifizierung (*SVK-Freigabe vor Ablauf der Zertifizierung*)
- Bleibt bestehen** (*zutreffend nur bei Aufrechterhaltung der Zertifizierung*)
- Teilbericht:** Gültigkeit der Zertifizierung erfolgt mit Gesamtbericht

Norm(en)

ISO 9001, NPO,
SODK OST+

Bemerkungen

Keine.

4.4. Nächste Überprüfung

4.4.1. Nächste Überprüfung bei Abweichung(en)

Datum

- Bewertung der geplanten Massnahmen (OFF-site)
- Dokumentenaudit (OFF-site)
- Nachaudit
- Ausserordentliches Aufrechterhaltungsaudit
- Siehe Abschnitt «Art der nächsten Überprüfung»

4.4.2. Art der nächsten Überprüfung

- Aufrechterhaltungsaudit
- Rezertifizierungsaudit
- Andere:

Datum

17. November 2022 (ganzer Tag) –
18. November 2022 (Vormittag)

4.4.3. Bemerkungen zur nächsten Überprüfung

Keine.

5. Hinweise zur fortlaufenden Verbesserung

Die nachfolgenden Hinweise und Empfehlungen stellen Entscheidungsgrundlagen und Impulse für die zusätzliche Steigerung von Effizienz und Effektivität der auditierten Organisation dar.

- 1 Überlegen Sie sich im Austausch mit dem **SRA/SR**
 - die Amtszeitbeschränkung einzuführen (NPO-4.3-03).
 - den elektronischen Austausch zu vereinfachen eventuell mittels Sitzungsmanagement Software (Sherpany).
 - einen Einführungsplan für neue SR-Mitglieder einzuführen, inklusive Einladung zur Newcomer Session (MA-Willkommenstag).
 - Anforderungen an den SR- und SR-Ausschuss auf dem Organisationsmodell zu ergänzen.
- 2 Wir empfehlen, auf der Übersicht Unternehmensführung die eingesetzten Methoden und Instrumente einzubinden und aufzuführen sowie die **Führungsinstrumente** weiter aufeinander abzustimmen (Beispiel Strategische Analysen mit beispielsweise Umfeld/Trends/Mega-Trends, Anspruchsgruppen, Geschäftsfelder → SWOT-Konsolidierung → Strategie → Ziele/Projekte/Massnahmen gegebenenfalls in einem Management-Cockpit als Planungs- und Controllinginstrument geführt).
- 3 Überlegen Sie sich, ob ein Cockpit mit den wichtigsten Kenn- und Messgrössen hilfreich und unterstützend wirken könnte im Austausch mit SR-Ausschuss, GL, Bereiche und Teams. Im Gespräch über die Handhabung der Offenposten könnten kritische überfällige Debitoren eine weitere standardisierte Information für die Stiftungsleitung sein.
- 4 Auf dem Zwischenbericht **Projekte** könnten Chancen und Risiken ergänzt werden. Das Ampelsystem könnte für Schnellleser eingeführt werden. Für das Controlling aller Projekte könnte eine Gesamtaufstellung beispielsweise integriert in einem Management-Cockpit überlegt werden.
- 5 Wir empfehlen im **Risikomanagement** den «Top-down und Bottom-up» Ansatz zu prüfen, mit Überführung und Bewertung der strategischen Risiken. Der Prozess Risikomanagement könnte noch expliziter beschrieben werden.
- 6 Wir empfehlen, die **IKS Risikoanalyse** jährlich zu überprüfen und die Praktik im Prozess festzuhalten. Für die Bewertung der Risiken könnten Sie die Kriterien Eintrittswahrscheinlichkeit und Schadenpotential ergänzend aufnehmen (verknüpfen mit dem Prozess).
- 7 Überlegen Sie sich, ob die **Chancenanalyse** noch weitergeführt werden will. Wir empfehlen, das System entsprechend zu vereinfachen.
- 8 Wir empfehlen, die **Managementbewertung** modular aufzubauen, um je nach Anspruchsgruppe flexibel zusammenstellen zu können. Eine Aussage über die Partnerbewertung könnte in der Managementbewertung zu ergänzt werden.

- 9 Wir empfehlen, die Quellen von **Gesetzesänderungen** zu verschriftlichen. Dies könnte in die Prozesse eingearbeitet werden.
- 10 Bei der Planung von Internen **Audits** könnten nebst Prozessaudits auch Themen-, Projekt- und Schnittstellenaudits durchgeführt werden.
- 11 Um die Übersicht von stattfindenden Audits zu ergänzen, könnten auch externe Audits und Inspektionen inklusive deren Rhythmus ergänzt werden.
- 12 Wir empfehlen das heutige **Marketing/PR/Fundraising** nach der Heuristik des Freiburger-Marketing-Management-Modells FMM aufzubauen. Mit dieser Konzeption können Massnahmen systematisch, angebots- und zielgruppenspezifisch festgelegt werden.
- 13 Der im IQM aufgeschaltete Marketing-Plan 2011-2012 empfehlen wir zu archivieren.
- 14 Wir empfehlen, die **Mitwirkung in Netzwerken** sichtbar zu machen und die Kontakte zu verschriftlichen. Regelmässige Bewertung könnte in Abstimmung zu Vorgabedokumenten in Betracht gezogen werden.
- 15 Wir empfehlen, **Kompetenzen und Wissen von Mitarbeitenden** systematisch abzuholen und im System zu verankern.
- 16 Für einen regelmässigen Prüfintervall könnten die **Stellenbeschriebe** im Rahmen des MaZiGe überprüft werden.
- 17 Überlegen Sie sich, **Impulsbefragungen** für Zwischenresultate, Input für Entwicklung, Pulsmessung etc. aufzunehmen, nebst den zeitlich festgelegten Umfragen bei den Anspruchsgruppen.
- 18 Überprüfen Sie, ob die **Zielformulierungen mit KJ** in der «ICH-Form» formuliert werden könnten, zugunsten grösserer Identifikation und Akzeptanz.
- 19 Überlegen Sie sich, den **Datenschutz** als Fachbereich und Anlaufstelle aufzunehmen.
- 20 Überlegen Sie sich, eine Datenschutzregelung für Mitarbeitende zu erstellen und diese anlässlich des Arbeitsbeginns unterzeichnen zu lassen (analog ICT-Regelung).
- 21 Wir empfehlen, die Unterlagen von nicht berücksichtigten Schul-Anmeldungen der letzten Jahre aus datenschutzrechtlichen Gründen zu löschen.
- 22 **Betriebs-/Personen-Sicherheit/Gesundheitsschutz**
Wir empfehlen Sicherheitsrundgänge und Gefahrenermittlungen periodisch und systematisch durchzuführen (ergänzend auch gemäss der Festlegung im ZEKA-Sicherheitskonzept) sowie die Nutzung von Previtar (SIBE-Handbuch im IQM) zu prüfen und bereinigen.
- 23 Wir möchten Sie darin bestärken, regelmässige **ICT-Audits** durch Spezialisten durchführen zu lassen. EasyDoc könnte auf der Applikationsübersicht zusätzlich ergänzt werden. Allenfalls könnte in der Risikoeinschätzung der heutige Server-Haupt- und Ersatzstandort im gleichen Quartier geprüft werden.

6. Normkonformität – Systembeurteilung und Erläuterungen

Legende

AA = Standardkapitel für Aufrechterhaltung	1 = erfüllt
NG = nicht geprüft	2 = erfüllt mit Nebenabweichung(en)
NA = nicht im Anwendungsbereich/nicht anwendbar	3 = nicht erfüllt mit Hauptabweichung(en)

6.1. ISO 9001:2015

Kap.	Anforderungen	AA	1	2	3	NG	NA
4.1	Verstehen der Organisation und ihres Kontextes		x				
4.2	Verstehen der Erfordernisse und Erwartungen interessierter Parteien		x				
4.3	Festlegen des Anwendungsbereichs des Qualitätsmanagementsystems		x				
4.4	Qualitätsmanagementsystem und seine Prozesse	x	x				
5.1	Führung und Verpflichtung		x				
5.2	Politik		x				
5.3	Rollen, Verantwortlichkeiten und Befugnisse der Organisation		x				
6.1	Massnahmen zum Umgang mit Risiken und Chancen	x	x				
6.2	Qualitätsziele und Planung zu deren Erreichung	x	x				
6.3	Planung von Änderungen	x	x				
7.1	Ressourcen (Allgemein, Personen, Infrastruktur, Prozessumgebung, Überwachung/Messung, Wissen der Organisation)		x				
7.2	Kompetenz		x				
7.3	Bewusstsein		x				
7.4	Kommunikation (intern/extern)		x				
7.5	Dokumentierte Information		x				
8.1	Betriebliche Planung und Steuerung	x	x				
8.2	Anforderungen an Produkte und Dienstleistungen		x				
8.3	Entwicklung von Produkten und Dienstleistungen		x				
8.4	Steuerung von extern bereitgestellten Prozessen, Produkten und Dienstleistungen		x				
8.5	Produktion und Dienstleistungserbringung	x	x				
8.6	Freigabe von Produkten und Dienstleistungen		x				
8.7	Steuerung nichtkonformer Ergebnisse	x	x				
9.1	Überwachung, Messung, Analyse und Bewertung	x	x				
9.2	Internes Audit	x	x				
9.3	Managementbewertung	x	x				
10	Verbesserung	x	x				
	Gemäss Systembeurteilung und überprüften Stichproben unterstützt das Qualitätsmanagementsystem die Einhaltung gesetzlicher/anderer Forderungen und gewährleistet die Erreichung der erwarteten Ergebnisse. Es sind weder Klagen noch strafrechtliche Verfahren im Bereich Qualität offen. Falls nicht zutreffend, erläutern, ggf. Verweis auf Abweichung(en):	x	x				

6.1.1. Kommentare und Bemerkungen zu weiteren normspezifischen Themen

Keine.

6.2. SODK-OST+

Kap.	Anforderungen	1	2	3	NG	NA
1	Leitbild	x				
2	Grundlagen der strategischen Führung und Organisation	x				
3a	Aufbau- und Ablauforganisation	x				
3b	Vernetzung	x				
3c	Qualitätssicherung und -entwicklung	x				
3d	Personalmanagement	x				
3e	Lohnsystem Personal und Klientinnen und Klienten	x				
4	Grundlagen zur Finanzierung	x				
5a	Grundlagen zum Leistungsbeschrieb	x				
5b	Betreuung und Begleitung	x				
5c	Tagesstruktur	x				
5d	Freiheitsbeschränkende Massnahmen	x				
5e	Sicherheit	x				
5f	Ernährung	x				
5g	Gesundheitsversorgung	x				
5h	Hygiene und Raumpflege	x				
6	Organisation und Infrastruktur	x				
7	Eignung der Leitung	x				
8	Eignung des Personals	x				
9	Rechte und Pflichten der Klientinnen und Klienten	x				
10	Integrität der Klientinnen und Klienten	x				
11	Selbstbestimmung, Privat- und Intimsphäre der Klientinnen und Klienten	x				
12	Aufnahme-, Übertritts- und Austrittsverfahren	x				
13	Entwicklungsplanung und Dokumentation	x				
14	Einbezug gesetzliche Vertretung	x				
Gemäss Systembeurteilung und überprüften Stichproben unterstützt das Qualitätsmanagementsystem die Einhaltung gesetzlicher/anderer Forderungen und gewährleistet die Erreichung der erwarteten Ergebnisse. Es sind weder Klagen noch strafrechtliche Verfahren, Verfügungen oder Auflagen offen. Falls nicht zutreffend, erläutern, ggf. Verweis auf Abweichung(en):		x				

6.3. Qualitätsmanagement NPO

Teilelemente	Reife-grad	Punktzahl pro Frage								Anzahl Fragen
		1	2	3	4	5	6	7	8	
1 Grundlagen (12 Fragen / 10% Gewicht)	3.67									
1.1 Allgemeines Managementverständnis	3.75	3	4	4	4					4
1.2 Prozess- und Dokumentenmanagement	4.00	4	4	4	4	4				5
1.3 Rechtsgrundlagen	3.00	3	3	3						3
2 System-Management (30 Fragen / 25% Gewicht)	3.92									
2.1 Grundlagen	4.00	4	4	4	4					4
2.2 Führung und Organisation	3.92									
2.2.1 Ehrenamtliche Organe, Milizsystem		4	4	4	4	4	4	4	3	8
2.2.2 Geschäftsführung, Geschäftsstelle, NPO-Betrieb		4	4	4	4	nr				4
2.2.3 Mehrstufige Vereine/Verbände	nr	nr	nr	nr						0
2.3 Steuerung, Planung	4.00	4	4	4	4	4				5
2.4 Projektmanagement, Innovationsmanagement	3.80	4	4	4	4	3				5
3 Marketing-Management (30 Fragen / 25% Gewicht)	3.27									
3.1 Grundlagen/Konzepte	3.17	3	3	3	4	3	3			6
3.2 Marketing-Planung	3.00	3	3	3						3
3.3 Interessenvertretung	3.00	3	3	3	3					4
3.4 Internes Marketing	4.00	4	4							2
3.5 Marketing als Auftragsdurchführung für die Mitglieder	nr	nr	nr	nr						0
3.6 Dienstleistungen	3.50	4	4	3	3	4	3			6
3.7 Kommunikation	3.00	3	3	3						3
3.8 Fundraising	3.50	3	nr	4						2
4 Ressourcen-Management (30 Fragen / 25% Gewicht)	3.74									
4.1 Allgemeines	3.80	4	4	3	4	4				5
4.2 Mitglieder	nr	nr	nr	nr						0
4.3 Ehrenamtliche/Milizer	3.33	3	4	3						3
4.4 Hauptamtliche/Profis	4.00	4	4	4	4	4	4	4	4	8
4.5 Freiwillige Helfer/-innen	nr	nr	nr	nr	nr					0
4.6 Finanzmittel	4.00	4	4	4	4					4
4.7 Kooperation	3.00	3	3	3						3
5 Controlling und Lernen (18 Fragen / 15% Gewicht)	3.67									
5.1 Bestimmung der Wirkungsziele und Erfolgskriterien	3.00	3	3	3						3
5.2 Analysen der Umfeldler und der eigenen Organisation	3.00	3	3							2
5.3 Leistungsrechnung, Rechnungswesen und Revision	4.00	4	4	4	4	4	4			6
5.4 SOLL-/IST-Vergleich, Management-Review/Erfolgsmessung	3.67	4	3	4						3
5.5 Sicherung von Lernerfolgen	4.00	4	4	4	4					4
Durchschnittlicher Reifegrad	3.65									

Maximal mögliche Punktzahl der relevanten Fragen	453
Erreichte Punktzahl	383
Erfüllungsgrad	84.5%
Anzahl Fragen	105

Jedes Hauptkapitel muss im Durchschnitt mindestens 3 ergeben
 Maximal 3 Teil-Kapitel dürfen im Durchschnitt < als 3 ergeben, Kriterium 1 muss immer erfüllt sein

Fragen mit Bewertung 2 ergeben eine "Minor Non-Conformities"
 Fragen mit Bewertung 1 ergeben eine "Major Non-Conformities"

Nicht relevante Fragen nr

7. Formelle Konformität des Audits

7.1. Standortmanagement

Norm(en) und auditierte(r) Standort(e)

7.1.1. ISO 9001:2015

GK	Name	ZF	Total Anzahl Standorte (*alle Standorte im Geltungsbereich)		Stichprobe			Berichtsart	
			Land	Ort	SOLL 12 Mt.	IST	FB	Teil	Gesamt
Auditierte Standorte inkl. Remote und Provisorische Standorte									
308031	zeka zentren körperbehinderte aargau	X	CH	5000 Aarau	RA	X			X
341993	zeka Schule Aarau		CH	5000 Aarau	RA	X			X
341995	zeka Wohnhaus Aargau		CH	5405 Baden-Dättwil	RA	X			X
341996	zeka Abumlante Therapie- und Beratungsstelle		CH	5000 Aarau	RA	X			X
341994	zeka Schule Baden		CH	5405 Baden-Dättwil	RA	X			X
Gesamtbericht (erst ankreuzen nachdem alle Standorte gemäss SOLL-Stichprobe auditiert worden sind)									<input checked="" type="checkbox"/>

7.1.2. SODK OST+

GK	Name	ZF	Total Anzahl Standorte (*alle Standorte im Geltungsbereich)		Stichprobe			Berichtsart	
			Land	Ort	SOLL 12 Mt.	IST	FB	Teil	Gesamt
Auditierte Standorte inkl. Remote und Provisorische Standorte									
308031	zeka zentren körperbehinderte aargau	X	CH	5000 Aarau	RA	X			X
341993	zeka Schule Aarau		CH	5000 Aarau	RA	X			X
341995	zeka Wohnhaus Aargau		CH	5405 Baden-Dättwil	RA	X			X
341996	zeka Abumlante Therapie- und Beratungsstelle		CH	5000 Aarau	RA	X			X
341994	zeka Schule Baden		CH	5405 Baden-Dättwil	RA	X			X
Gesamtbericht (erst ankreuzen nachdem alle Standorte gemäss SOLL-Stichprobe auditiert worden sind)									<input checked="" type="checkbox"/>

7.1.3. NPO:2020

GK	Name	ZF	Total Anzahl Standorte (*alle Standorte im Geltungsbereich)		Stichprobe			Berichtsart	
			Land	Ort	SOLL 12 Mt.	IST	FB	Teil	Gesamt
Auditierte Standorte inkl. Remote und Provisorische Standorte									
308031	zeka zentren körperbehinderte aargau	X	CH	5000 Aarau	RA	X			X
341993	zeka Schule Aarau		CH	5000 Aarau	RA	X			X
341995	zeka Wohnhaus Aargau		CH	5405 Baden-Dättwil	RA	X			X
341996	zeka Abumlante Therapie- und Beratungsstelle		CH	5000 Aarau	RA	X			X
341994	zeka Schule Baden		CH	5405 Baden-Dättwil	RA	X			X
Gesamtbericht (erst ankreuzen nachdem alle Standorte gemäss SOLL-Stichprobe auditiert worden sind)									<input checked="" type="checkbox"/>

Legende

GK Geschäftskonto

SOLL Berechnete und gewählte Stichprobe aus allen Standorten

IST Bereits auditiert

FB Wurde als Fernbewertung durchgeführt

ZA Zertifizierungsaudit

RA Rezertifizierungsaudit

AA Aufrechterhaltungsaudit

ZF Zentrale Funktion

RS Remote Standort

PA Plusaudit

TRA Transferaudit bei Rezertifizierung

TAA Transferaudit bei Aufrechterhaltung

PS Provisorischer Standort

7.2. Letzte Überprüfung

Aufrechterhaltungsaudit

7.3. Status von Abweichung(en) aus dem letzten Audit

Keine Abweichung(en)

7.4. Auditart

Rezertifizierung Wiederüberprüfung der Gesamtkonformität

7.5. Stage 1 Audit

- Stage 1 wurde durchgeführt OFF-site ON-site
- Bereitschaftsgrad ausreichend für das Stage 2 Audit
- Bereitschaftsgrad bedingt ausreichend. Korrekturmassnahmen konnten im Stage 2 Audit nachgewiesen und durch den leitenden Auditor verifiziert werden. Ja Nein

7.6. Auditplan

Der Auditplan vom 5. Oktober 2021 V2 erfüllt die Anforderungen an die Auditzeitberechnung und wurde während des Audits eingehalten. nicht eingehalten.

7.7. Auditverfahren

Das Audit und das Auditergebnis beruhen auf einem Stichprobenverfahren zum Zweck einer Überprüfung der Systemkonformität gemäss den auf dem Deckblatt aufgeführten normativen Grundlagen. Weiter gilt das jeweils zutreffende Reglement.

Allfällige (normspezifische) Zusatzinformationen: Keine.

Die Hinweise auf die Stichprobe und Beispiele, auf die Bezug genommen wurde für die Beurteilung der Konformität, sind in den Auditnotizen des Auditteams enthalten.

7.8. Auditkriterien

Die Auditkriterien sind in Checklisten oder normativen Vorgabedokumenten festgehalten. Diese sind verfügbar und der auditierten Organisation bekannt.

7.9. Integrierte Managementsysteme (IMS), Standard-Auditansatz (SAA)

Nicht anwendbar.

7.10. Geltungsbereich der Zertifizierung

Der Geltungsbereich der Zertifizierung ist bestätigt. nicht bestätigt.

7.11. Scope der Akkreditierung (1 bis 39)

Der Scope der Akkreditierung (1 bis 39) ist bestätigt. nicht bestätigt.

7.12. Nutzung der Zertifizierungsdokumente und Garantiemarke

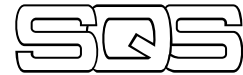
Die Nutzung der Zertifizierungsdokumente und Garantiemarke ist korrekt nicht korrekt

7.13. Beratungsleistungen

- Die Organisation pflegt und führt ihr Managementsystem ohne Bezug von Beraterleistungen.
- Die Organisation wird für Pflege und Führung ihres Managementsystems durch eine Beratungsperson unterstützt.

7.14. Offene Aspekte

- Es bestehen keine offenen Aspekte, die das Zertifizierungsverfahren betreffen.



7.15. Meldepflichten

Nach erfolgter Erteilung der Zertifizierung ist der Kunde verpflichtet, die SQS anlässlich der Auditplanung über alle für die Beurteilung der Konformität des Managementsystems wichtigen Änderungen zu informieren (z.B. Adressänderungen, Organisationsänderungen, Fusionen, Übernahmen etc.).

Zudem muss die SQS über das Auftreten eines schwerwiegenden Vorfalls oder eines Verstosses gegen geltende Vorschriften unverzüglich benachrichtigt werden (SQS-Homepage «Vorfälle und Verstösse»), sobald das Einbeziehen einer zuständigen Aufsichtsbehörde erforderlich ist.

Alle Rechte an diesem Audit-/Assessmentbericht verbleiben bei der SQS.

Das Auditorenteam bedankt sich bei den Beteiligten für die angenehmen und konstruktiven Gespräche während des Audits und wünscht weiterhin viel Erfolg bei der Weiterentwicklung des Managementsystems.