

## Auditbericht Evang. Erziehungshilfe Veldenz 2008

Ziele dieses Audits waren

- die Bewertung des bestehenden Managementsystems bzgl. der Erfüllung der Forderungen der Norm DIN EN ISO 9001, insbesondere der Zertifizierungsreife und
- das Ermitteln von Verbesserungspotential.

Die während des Audits im Auditprotokoll handschriftlich dokumentierten Feststellungen, Beobachtungen und Aussagen der Befragten sind in diesem Auditbericht zusammengefasst. Neben den Verweisen auf die betreffende Qualitätsdokumentation enthält der Bericht Hinweise auf festgestellte Schwachstellen bzw. erkannte Entwicklungspotenziale. Diese sollen der Einrichtung für den weiteren Entwicklungsprozess des QM-Systems dienen und den Auditoren Hinweise zur Durchführung der nachfolgenden Audits geben. Auf Grund des Stichprobencharakters eines Audits besteht die Möglichkeit, dass weitere als die in diesem Audit erkannten Schwachstellen oder Abweichungen bestehen. Eine zusammenfassende Bewertung ist anhand der Elemente der betreffenden Zertifizierungsgrundlage dargestellt.

<b>Einrichtung:</b>	<b>Evangelische Erziehungshilfe Veldenz</b> Schlossstrasse 1-2, 54472 Veldenz
<b>Bereiche:</b>	Folgende Dienste der Einrichtung: <ul style="list-style-type: none"><li>- Wohngruppen</li><li>- Tagesgruppe</li><li>- Mobile Betreuung und Soziale Gruppenarbeit</li><li>- Ambulante Dienste</li></ul>
<b>Beauftragte(r):</b>	Georg Huesgen
<b>Zeitraum des Audits:</b>	14. / 15. Mai 2008
<b>Auditgrundlage:</b>	ISO 9001 /2000
<b>Dokumentation:</b>	Qualitätsarbeitsbuch Evang. EH Veldenz (QAB) Stand April 2008 Qualitätshandbuch Rheinische Gesellschaft vom 1.9.2005
<b>Leitender Auditor:</b>	Albrecht Friz, Werfmershalde 16, 70190 Stuttgart, 0711/6574740
<b>Co-Auditor:</b>	Ilona Schier, Ev. Jugendhof Martin Luther King, 56841 Traben-Trarbach, Maiweg 140, 06541/700950

Das Audit wurde gemäß Auditplan durchgeführt. Die im Auditplan aufgeführten Verantwortlichen standen als Ansprechpartner im Audit zur Verfügung.

## Allgemeine Feststellungen

Das Audit in der Evang. Erziehungshilfe (EH) Veldenz fand in einer offenen und anregenden Atmosphäre statt. Alle befragten Mitarbeitenden gaben bereitwillig Auskunft. Sie zeigten ein hohes Bewusstsein für Kundenorientierung und kontinuierliche Weiterentwicklung. Sie waren überzeugt von der Qualität der eigenen Arbeit, aber auch offen für Anregungen und Verbesserungshinweise.

Den Auditoren lag das Qualitätsmanagementhandbuch des Trägers Rheinische Gesellschaft mit Aktualisierungen bis vom 1.9.2005 und das Qualitätsarbeitsbuch (QAB) der EH Veldenz (Stand April 2008) vor. Weitere Vorgabedokumente und die Nachweisdokumentation wurden stichprobenartig vor Ort eingesehen.

Es konnte neben der Leitungsebene mit verschiedenen Mitarbeitenden der unterschiedlichen Bereiche Befragungen vor Ort durchgeführt werden: Wohngruppen, Tagesgruppe, Mobile Betreuung und Ambulante Dienste. Küche, Hauswirtschaft, Verwaltung und Haustechnik wurden nicht auditiert.

### Wirksamkeit des Managementsystems (4.1)

- Das Qualitätsmanagement ist praxisorientiert angelegt und in die Abläufe des Alltags integriert.
- Mit der digitalisierten Form des Handbuchs wird von den Mitarbeitenden kompetent umgegangen.
- Formulare und Checklisten werden laufend weiterentwickelt und werden von den Mitarbeitenden konsequent eingesetzt und als große Unterstützung ihrer Arbeit wahrgenommen.
- Die Kernleistungsprozesse mit den Kindern, Jugendlichen und Familien sind das Herz des Managementsystems. Ziele, Maßnahmen und deren Überprüfung werden in allen Bereichen fachkompetent entwickelt und angewandt.
- Der von der Leitung eingesetzte Qualitätsentwicklungsbeauftragte (QEB) arbeitet mit hoher Sachkompetenz und großem Engagement, das von der Leitung unterstützt wird. Er steuert den Verbesserungsprozess sehr systematisch und mit gezieltem Ressourceneinsatz.
- In Zusammenarbeit mit Träger und anderen Einrichtungen wurde die Balanced Scorecard „Cordia“ entwickelt. Es liegen hier unter anderem umfangreiche Daten über wirtschaftlichen Erfolg und die Kundenzufriedenheit vor, die laufend Informationen für Verbesserungsmöglichkeiten zur Verfügung stellen. Die Bezüge zur Qualitätspolitik sind transparent und nachvollziehbar.
- Die Arbeit an der Verbesserung ist ständiger Tagesordnungspunkt der verschiedenen Arbeitsgremien und Inhalt differenzierter Schulungen für die Mitarbeiter der verschiedenen Bereiche.
- Rückmeldungen werden von allen Kundengruppen erhoben und zum großen Teil dokumentiert.
- Die Arbeit am QM-System wird zum einen in geregelten Arbeitsformen erbracht (Besprechungen). Zur Entwicklung und Beschreibung von Prozessen werden Qualitätszirkel eingesetzt, an denen sich Mitarbeitende intensiv beteiligen und die vom QEB geleitet werden.
- An der Entwicklung neuer Leistungsangebote wird kontinuierlich gearbeitet. Ein Konzept für eine „Tageskrippe“ ist entwickelt. Derzeit wird ein geeigneter Standort gesucht.

# Auditergebnisse

## Feststellungen

Die Mitarbeitenden der EH Veldenz zeichnen sich durch hohes Engagement, fundierte Fachlichkeit und Kreativität bei der Gestaltung und Weiterentwicklung der Arbeit aus.

Auch dieses Audit zeigte deutlich, dass der Gedanke der kontinuierlichen Verbesserung und der Kundenorientierung in der EH Veldenz fest in der Mitarbeiterschaft verankert ist.

Insbesondere das Arbeiten mit Zielen ist sehr gut in den Alltag integriert und die Überprüfungsinstrumente sind praktisch angelegt und werden angewandt.

Die Führungsmitarbeiter gehen mit gutem Beispiel voran, sind um Transparenz und Klarheit bemüht. Die Wünsche und Interessen der Kunden stehen an erster Stelle. Die Balance zwischen klarer Führung und hoher Beteiligung ist sehr wirksam.

Die Mitarbeitenden erleben Wertschätzung und Unterstützung durch ihre Leitung. Das Klima unter den Mitarbeitern ist freundlich und leistungsfördernd.

Der so geschaffene Rahmen eines auf sozialer Kompetenz aufbauenden QM-Systems ermöglicht weitere Verbesserungen in der direkten Arbeit mit den Kindern, Jugendlichen und ihren Familien: eine zielorientierte Erziehung, Beratung und Betreuung im stationären und ambulanten Bereich.

Die aktive und innovative Kooperation mit den Kostenträgern und den Verantwortlichen in bürgerlicher und kirchlicher Gemeinde und Region gestaltet einen Freiraum für die Arbeit.

## Feststellungen zu den einzelnen auditierten Abschnitten

### 4.2.2 Qualitätsmanagementhandbuch

#### Feststellungen

Es liegt das Qualitätsmanagementhandbuch des Trägers der Einrichtung Rheinische Gesellschaft vor. Von der Einrichtung selbst gibt es ein Qualitätsarbeitsbuch (QAB).

Im Qualitätsmanagementhandbuch (QMH) sind Leitsätze, Strategische Ziele, Organisationsstruktur, Stellenbeschreibungen und das QM-System beschrieben.

Im Qualitätsarbeitsbuch der EH Veldenz sind das Organigramm, Konzepte und Leistungsbeschreibungen, die Aufgaben des Qualitätsentwicklungsbeauftragten (QEB), die Jahresplanung und Prozessbeschreibung von Dienstleistungs- und unterstützenden Prozessen und die Prüfmittelverfahren des QM-Systems dokumentiert. Die Prozesse sind in Tabellenform und als Flussdiagramm beschrieben. Die zu verwendenden Formulare sind den jeweiligen Prozessen zugeordnet.

Die Prozesse werden bei Bedarf überarbeitet, aber mindestens alle zwei Jahre auf ihre Gültigkeit überprüft. In der Fußzeile ist der Prüfrhythmus festgelegt.

Die Anwendungsbereiche sind beschrieben. Es sind keine Ausschlüsse von der Norm festgelegt.

Das QAB steht in digitalisierter Form im Intranet der Einrichtung. An den jeweiligen Arbeitsplätzen der Mitarbeitenden stehen die für diesen Arbeitsbereich notwendigen Abschnitte zur Verfügung. Die Aktualisierungen werden durch den QEB vorgenommen.

#### Empfehlung

- Der Verzicht auf die Abbildung des Prüfrhythmus in der Fußzeile der Dokumente führt zu Vereinfachung der QM-Dokumentation.

### 4.2.3 Lenkung von Dokumenten und 4.2.4 Lenkung von Aufzeichnungen

Das System der Lenkung von Dokumenten und Aufzeichnungen ist systematisch angelegt und wird von den Mitarbeitenden in den verschiedenen Bereichen durchgängig als wichtige Unterstützung für die Arbeit erlebt und genutzt. Einzelne Mitarbeitende haben noch Schulungsbedarf für die Arbeit am PC. Das Auffinden einzelner Formulare führte in einigen Situationen im Audit zu kleineren Suchaktionen.

Der Zugang zum Intranet ist nicht in allen Bereichen störungsfrei.

Die Aufbewahrung und Vernichtung für fast alle Aufzeichnungen ist schriftlich geregelt. Der Zugang zum Intranet ist mit Passwörtern geschützt.

EDV-gestützte Daten werden täglich gesichert. Ein Teil der Daten wird auf einem externen Server gesichert, ein weiterer Teil der Daten wird per Sicherungskopie auf einer externen Festplatte in einem Nebengebäude gespeichert.

Ein Aktenplan für die digitalen Daten in der Verwaltung wird derzeit entwickelt.

### **Hinweise**

- Die Aufbewahrungszeit für Protokolle muss in der entsprechenden Matrix (7.2.4.3) noch ergänzt werden.
- Im Bereich der Mobilen Betreuung muss die Aufbewahrung der Akte nach Abschluss der Maßnahme geklärt werden.
- Für einzelne Mitarbeitende soll der Umgang mit dem PC noch weiter geschult werden.
- Das Auffinden von Formularen im Intranet soll vereinfacht werden.
- Der Zugang zum Intranet muss für alle Bereiche jederzeit sichergestellt werden.
- Um Verwechslungen auszuschließen soll das Dokument 6.11.2 in „Zugang zu SPFH“ umbenannt werden.
- Die Gesamtseitenzahl eines Dokuments muss auch in der ausgedruckten Form erkennbar sein.

## **5. Verantwortung der Leitung**

### **5.1 Verpflichtung der Leitung, 5.2 Kundenorientierung und 5.3 Qualitätspolitik**

#### **Feststellungen**

Die Qualitätspolitik wird von der Geschäftsführung des Trägers formuliert. Sie enthält die Verpflichtung zur Erfüllung der Anforderungen und zur ständigen Verbesserung. Die Qualitätsziele beziehen sich auf die Politik. Die Bewertung erfolgt durch die Balanced Scorecard „Cordia“.

Die fünf Leitsätze des Trägers hängen in den verschiedenen Arbeitsbereichen aus und werden bei der Einführung neuer Mitarbeitenden vermittelt. Sie sind den meisten Mitarbeitenden bekannt und diese können deren Bedeutung und Umsetzung in ihre alltägliche Arbeit formulieren.

Anforderungen der Kunden werden durch Fachbereichs- und Heimleitung in persönlichen Kontakten mit den Vertretern der Kostenträger, in aktiver Mitarbeit in Gremien (Jugendhilfeausschuss) und durch Befragungen der Kostenträger, der jungen Menschen und deren Eltern / Sorgeberechtigten ermittelt.

Mit dem zuständigen Jugendamt wird jährlich eine Qualitätsentwicklungsvereinbarung geschlossen.

#### **Empfehlung**

- Die Leitsätze des Trägers sollten wieder einmal allen Mitarbeitenden kommuniziert werden.

### **5.4.1 Qualitätsziele**

#### **Feststellungen**

Das zentrale strategische Ziel des Trägers Rheinische Gesellschaft ist die „Diakonische Identität“.

Weitere strategische Ziele sind im Rahmen des Managementsystem „Cordia“ auf Trägerebene aus verschiedenen Perspektiven formuliert: „Kunde“, „Finanzen“, „Prozesse“, „Entwicklung“ und „Mitarbeiter“.

Die Ziele sind auf die Einrichtungsebene übersetzt und mit Kennzahlen zur Überprüfung der Zielerreichung hinterlegt. Die Arbeit und Verbesserung der Kennzahlen erfolgt in der vierteljährlich stattfindenden Cordia-Steuerungsgruppe. Verantwortlich ist die „Cordia“-Beauftragte.

Die Leitsätze und die strategischen Ziele bilden den Rahmen für die weiteren Zielebenen. Die Ziele für einzelne Angebote sind in den Leistungsbeschreibungen formuliert. Die Umsetzung auf die einzelnen Jugendlichen und ihre Familien finden sich in den Zielvereinbarungen der Hilfeplangespräche.

Die Ziele sind in der Regel messbar formuliert, ihre Erreichung wird regelmäßig von den jungen Menschen und den persönlich verantwortlichen Mitarbeitenden (PVE) bewertet. Ziele bzw. Maßnahmen werden den Veränderungen angepasst und dokumentiert.

In den zweijährig geplanten Mitarbeiterfördergesprächen werden Ziele mit den einzelnen Mitarbeitenden formuliert.

## 5.4.2 Planung des QM-Systems

### Feststellungen

Zur Steuerung des Qualitätssystem des Trägers Rheinische Gesellschaft gibt es die Balanced Scorecard „Cordia“. Im Jahresqualitätsentwicklungsplan sind Maßnahmen zur Verbesserung und Weiterentwicklung für das laufende Jahr formuliert. Der QEB erstellt im Januar eine Maßnahmenplanung, organisiert die Verbesserungen, bzw. setzt in Absprache mit Leitung Qualitätszirkel ein. Die Planung wird laufend fortgeschrieben. Aus dem Plan ist der Status der Maßnahmen erkennbar.

## 5.5.1 Verantwortung und Befugnis

### Feststellungen

Die Funktionen und Aufgaben sind im Organigramm und in Stellenbeschreibungen festgehalten. Die Erarbeitung der noch fehlenden Stellenbeschreibung für die Fachbereichsleitung liegt beim Träger. Die Stellenbeschreibungen enthalten u.a. Unter- und Überstellungen, Anforderungsprofil, Zielformulierungen und Aufgaben.

### Hinweis

- Die Stellenbeschreibungen der Fachbereichsleitungen müssen erstellt werden.

## 5.5.2 Beauftragter der obersten Leitung

### Feststellungen

Die Aufgaben des Qualitätsentwicklungsbeauftragten (QEB) sind festgelegt und beschrieben: Anleitung und Begleitung von QE-Prozessen, Koordination und Leitung von Qualitätszirkeln, Überprüfung des QE-Prozesses, Information und Motivation der Mitarbeitenden, Kooperation mit der Leitung.

Der Qualitätsentwicklungsbeauftragte ist in kontinuierlichen Kontakt mit den verschiedenen Bereichen und Teams der Einrichtung zur Information und Motivation zur Qualitätsentwicklung.

Einmal im Jahr berichtet der QEB in der Mitarbeiterversammlung über die Arbeit am QM-System.

Die Stelle ist mit einem viertel Deputat angesetzt. Der QEB kommt mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen gut zurecht.

## 5.5.3 Interne Kommunikation

### Feststellungen

Es existiert ein Netz von Informations- und Kommunikationsgremien: Cordia-Steuerungsgruppe, Leitungsrunde (Fachbereichsleitung und Heimleitung), Runder Tisch, MA-Vollversammlung, Gruppenleiterunde, Heimparlament, Besprechungen in den Bereichen, Teamsitzungen der Gruppenteams, die in einer Matrix im QAB dargestellt sind. Die Inhalte und Ergebnisse der einzelnen Sitzungen werden protokolliert.

## 5.6 Managementbewertung

### Feststellungen

Die Bewertung des QM-Systems erfolgt auf Träger-, wie auf Einrichtungsebene durch die Balanced Scorecard („Cordia“). Die Cordia-Beauftragte organisiert die Datensammlung und moderiert die 5 mal im Jahr stattfindende Steuerungsgruppe, in der Mitarbeitende verschiedener Bereiche, eine Fachbereichsleitung, QEB und Leitung mitarbeiten. Hier werden die Kennzahlen zum Jahresbeginn (z. T. nach Vorgaben des Trägers) festgelegt, vierteljährlich überprüft und Steuerungsmaßnahmen vereinbart. Die Sitzungen werden protokolliert. Aufzeichnungen einer expliziten Managementbewertung mit den von der Norm vorgegeben Eingaben und ihrer Bewertung lagen nicht vor.

### Hinweis

- Eine Managementbewertung mit den von der Norm vorgeschriebenen Eingaben (z.B. Auditergebnisse, Folgemaßnahmen vergangener Managementbewertungen, Änderungen im Umfeld) muss jährlich durchgeführt und dokumentiert werden.

## 6. Management von Ressourcen

### 6.1 Bereitstellung von Ressourcen und 6.2 Personelle Ressourcen

#### Feststellungen

Der Bedarf an Mitarbeitenden und deren Qualifikation wird in den Leistungsbeschreibungen benannt. Die aktuellen Bedarfe der Organisation werden auf der Leitungsebene festgelegt.

Es gibt im Qualitätsarbeitsbuch der Einrichtung beschriebene Prozesse zur Einstellung und Einarbeitung von Mitarbeitenden. Die Verfahren werden angewendet. Die Mitarbeitenden erleben die Einarbeitung positiv und fühlen sich durch den Prozess gut in ihre Arbeit eingeführt.

Die Einarbeitung von Berufspraktikanten ist in einer Regelung beschrieben. Die Einarbeitung in den Gruppenalltag und systematische Feedbackgespräche sind nicht geregelt.

Durch Beratung, Coaching und Supervision werden die Mitarbeitenden regelmäßig in ihrer Arbeit unterstützt. Beratungen und Fallbesprechungen erfolgen mindestens monatlich durch die Fachbereichsleitungen. Zusätzlich ist auf Antrag Supervision durch externe Supervisoren erwünscht.

Teams müssen mindestens vier Supervisionssitzungen im Jahr durchführen. Diese Regelung wird derzeit nicht durchgängig umgesetzt. Die Arbeit der Supervisoren des „Zentrums für lebenslanges Lernen“ werden derzeit von den Mitarbeitenden nicht bewertet.

Es ist geplant die Ausbildungen, Weiterbildungen und Kenntnisse von Mitarbeitenden mit der Datenbank „Adams“ systematisch zu erfassen.

Der Bedarf an Weiterbildung der Mitarbeitenden wird in Leitungsrunden und in den regelmäßig stattfindenden Mitarbeiterfördergesprächen erhoben.

Es gibt eine Jahresplanung für Fort- und Weiterbildung, die in Zusammenarbeit mit der Mitarbeitervertretung erstellt wird.

Mit dem zum Träger gehörenden „Zentrum für lebenslanges Lernen“ (in Noviand) werden gemeinsam Weiterbildungen für die Mitarbeitenden entwickelt.

Die Mitarbeitenden beurteilen die besuchten Weiterbildungen.

MitarbeiterInnenfördergespräche mit Zielvereinbarungen werden von den Fachbereichsleitungen und der Leitung durchgeführt. Dazu gibt es ein vom Träger vorgegebenes Verfahren mit Dokumenten. Protokolle bleiben bei den Leitungsmitarbeitern und den Mitarbeitenden. Die Gespräche werden zum großen Teil mit den Mitarbeitenden im vorgesehen Zeitraum durchgeführt. Die Gespräche werden von den Mitarbeitenden positiv erlebt. Die Zielerreichung wird von den Führungskräften derzeit teilweise überwacht.

Die Anzahl der durchgeführten Mitarbeiterfördergespräche und die Teilnahme an Weiterbildungen werden in „Cordia“ erfasst.

#### Hinweise

- Die Überwachung der vorgeschriebenen Anzahl der durchgeführten Supervisionssitzungen der Teams muss geregelt werden.
- Die Arbeit aller Supervisoren soll von den Teilnehmenden bewertet werden.
- Die Mitarbeiterfördergespräche müssen mit allen Mitarbeitenden im vorgesehen Zeitraum durchgeführt werden.

#### Empfehlungen

- Die Überwachung der Zielerreichung aus den Mitarbeiterfördergesprächen durch die Fachbereichsleitungen (FBL) sollte systematisiert werden (Übersicht über Ziele und Maßnahmen in einer Tabelle bei jedem FBL).
- Für die Berufspraktikanten sollen regelmäßige Feedbackgespräche mit der Praxisanleitung eingeführt werden.
- Die Einarbeitung von Berufspraktikanten sollte in Teilschritten geplant werden (z.B. erster Tag, erste Woche, erster Monat).

## 7. Dienstleistungsrealisierung

### 7.1 Planung der Dienstleistungs- und Produktrealisierung

#### Feststellungen

In den Bereichen Wohngruppe, Tagesgruppe, ambulante Dienste und Mobile Betreuung sind die qualitätsrelevanten Prozesse festgelegt und beschrieben. In allen Bereichen werden durch Hilfe- und Erziehungsplanung Ziele und Maßnahmen formuliert und die Zielerreichung regelmäßig überprüft.

Die erste Erziehungsplanung soll nach dem ersten Hilfeplangespräch erstellt werden. Die Jugendämter setzten diesen Termin derzeit bis zu 9 Monaten nach der Aufnahme an. In einzelnen Fällen wurde die Erziehungsplanung erst dann formuliert. In einem Fall war die Erziehungsplanung nicht nachvollziehbar.

Jedes Kind und jeder Jugendliche in den Gruppen hat einen „Persönlich verantwortlichen Mitarbeiter“ (PVE), der für die Gestaltung der Rahmenbedingungen, Prozesse und Außenkontakte des Kindes bzw. Jugendlichen verantwortlich ist, auch für die Hilfe- und Erziehungsplanung.

Bei der Beendigung der Maßnahme im stationären Bereich erhält das Kind bzw. der Jugendliche ein Abschiedsgeschenk. In einer Gruppe ist dies ein Album mit Fotos seiner Zeit in der Einrichtung.

Die Prozesse werden entsprechend den Beschreibungen umgesetzt. Die dafür entwickelten Instrumente (Formblätter) werden von den Mitarbeitenden systematisch eingesetzt und als äußerst hilfreich erlebt.

In den überall stattfindenden Teambesprechungen wird die Arbeit mit den Kindern, Jugendlichen und Familien reflektiert.

Die Zusammenarbeit der Mitarbeitenden beim Übergang eines Kindes vom ambulanten Dienst in den stationären Bereich wurde als nicht optimal beschrieben.

Die Soziale Gruppenarbeit ist der Mobilen Betreuung angegliedert. Die Angebote (z.B. Kletterkurs oder Theaterbesuch) werden mit den Jugendlichen entwickelt. Die Umsetzung der vom Jugendamt genehmigten Nachbetreuung von Jugendlichen wird derzeit individuell von den Mitarbeitenden praktiziert.

#### Hinweise

- Die erste Erziehungsplanung muss in allen Fällen (unabhängig vom ersten Hilfeplangespräch) zeitnah nach Aufnahme erfolgen und dokumentiert werden.
- Die Erziehungsplanung soll immer vom „Persönlich verantwortlichen Mitarbeiter“ (PVE) durchgeführt werden.
- Die Regelungen beim Wechsel eines Klienten vom ambulanten Dienst zum stationären Bereich sollen überprüft werden.
- Standards für die Nachbetreuung von Jugendlichen in der „Mobilen Betreuung“ sollen definiert werden.

#### Empfehlung

- Es soll überprüft werden, ob das persönliche Fotoalbum als Abschiedsgeschenk für Kinder und Jugendliche auch in anderen Gruppen praktiziert werden kann.

### 7.2 Kundenbezogene Prozesse

#### Feststellungen

Die allgemeinen Anforderungen an die Leistungen werden in den Leistungsbeschreibungen formuliert, die spezifischen Absprachen und Vereinbarungen werden in Hilfeplangesprächen und der Erziehungsplanung gemeinsam mit den Kostenträgern, den jungen Menschen und den Sorgeberechtigten getroffen. Die Vereinbarungen werden dokumentiert.

Die Leistungserbringung wird in regelmäßigen Abständen reflektiert und Veränderungen in der Leistung werden dokumentiert.

### 7.3 Entwicklung

#### Feststellungen

Neue Angebote werden in enger Zusammenarbeit mit dem zuständigen Jugendamt entwickelt. Beispiele sind die „Fünf-Tages-Gruppe“ und eine viergruppige „Tageskrippe“ in Kooperation mit einem großen ortsansässigen Unternehmen.

Bei der Entwicklung wurden Anforderungen formuliert, eine Planung ist erkennbar, Phasen der Verifizierung und Validierung sind nicht eindeutig nachvollziehbar.

### **Hinweis**

- Die Dokumentation bei der Entwicklung neuer Dienstleistungen muss nachvollziehbar die Anforderungen der Norm erfüllen, insbesondere die formulierten Entwicklungseingaben und die Bewertung der Entwicklungsergebnisse durch die Verantwortlichen.

## **7.5.1 und 7.5.2 Lenkung und Validierung der Prozesse der Produktion und der DL-Erbringung**

### **Feststellungen**

Die Aufnahme von Kindern, Jugendlichen und Familien wird von den Fachbereichsleitungen und der Leitung gesteuert und entschieden. Die Prozesse in den Bereichen Wohngruppe, Tagesgruppe, Mobile Betreuung und ambulante Dienste sind festgelegt und beschrieben. Sie werden entsprechend den beschriebenen Regelungen umgesetzt. Überprüfungen der Ziele und Maßnahmen haben in den Erziehungs- und Hilfeplangesprächen und in regelmäßigen Teamgesprächen ihren Platz. Vertretungsregelungen sind vorhanden.

## **7.5.3 Kennzeichnung und Rückverfolgbarkeit**

### **Feststellungen**

Die in den Prozessbeschreibungen der verschiedenen Dienstleistungen der Einrichtung im Handbuch vorgesehenen Formblätter zur Dokumentation werden von den Mitarbeitenden verwendet. In allen besuchten Gruppen und Diensten gibt es übersichtliche Aufzeichnungen, die den einzelnen Kindern bzw. Jugendlichen zugeordnet sind.

Das System soll durch die Einführung des EDV-gestützten Jugendhelfemanagers „Adams“ weiter optimiert werden. Erste Schulungen laufen derzeit.

Die Regelung zum Stellen der Medikamente (die vorschreibt, dass dies wöchentlich zu erfolgen hat) wird nicht überall umgesetzt. Die Einnahme der Medikamente ist nicht immer lückenlos nachvollziehbar.

### **Hinweis**

- Das Stellen der Medikamente für die Kinder bzw. Jugendlichen muss entsprechend der Regelung im QAB umgesetzt werden. Das „Medikamentenkontrollblatt“ muss lückenlos geführt werden.

## **7.5.4 Eigentum des Kunden**

### **Feststellung**

Die Kleider und Wertgegenstände der jungen Menschen im stationären Bereich werden bei Ein- und Auszug dokumentiert und bewertet. Der Umgang mit Taschen- und Kleidergeld ist geregelt. In einem Fall war die Abrechnung des Kleidergelds sachlich richtig, aber umständlich nachzuvollziehen.

### **Empfehlung**

- Die Abrechnung des Kleidergelds soll für Außenstehende einfach nachvollziehbar dokumentiert werden.

## **8. Messung, Analyse und Verbesserung**

### **8.2.1 Kundenzufriedenheit**

#### **Feststellungen**

In allen Formen der Arbeit mit Hilfe- und Erziehungsplanung wird regelmäßig die Kundenzufriedenheit erhoben und bewertet.

In den Angeboten SPFH und Tagesgruppe werden am Ende der Maßnahme Kundenbefragungen durchgeführt. In der besuchten Tagesgruppe ist der Rücklauf der Rückmeldebögen relativ gering. Im Bereich der ambulanten Dienste beträgt er 57 %. Die Rückmeldungen sind durchweg sehr positiv.

Die Gruppen werden durch die einrichtungseigene Küche regelmäßig mit Mittagessen versorgt. Das bestehende Rückmeldeverfahren an die Küche wird von den Gruppen genutzt.

Eine Befragung der Kinder und Jugendlichen zu den „Grundrechten von Kindern und Jugendlichen in Jugendhilfeeinrichtungen der Rheinischen Gesellschaft“ ist entwickelt und soll umgesetzt werden.

Durch den Prozess „Anregungen“ kamen im Jahr 2007 24 Anregungen von Mitarbeitenden, von denen 14 umgesetzt werden konnten. Zusätzlich kommen noch Anregungen der Mitarbeitenden direkt ins Team, zur Gruppenleitung, in Gesprächen mit Erziehungsleitung und Heimleitung und werden nicht schriftlich erfasst.

Eine Mitarbeiterbefragung ist durch den Träger geplant.

#### **Empfehlung**

- Die Form der Rückmeldung, insbesondere in den Tagesgruppen, soll überdacht werden. Ein leitfadengestütztes Abschlussgespräch, dokumentiert durch die Mitarbeitende, verspricht mehr qualitative Verbesserungsimpulse.

### **8.2.2 Internes Audit**

#### **Feststellung**

Im QAB ist der Ablauf interner Audits beschrieben.

#### **Hinweis**

- Audits sollen in der Einrichtung regelmäßig durchgeführt werden. (Dabei sind jährliche Bereichsaudits eine sinnvolle Form.)

### **8.2.3 Überwachung u. Messung der Prozesse und 8.2.4 Überwachung u. Messung des Produkts**

#### **Feststellungen**

In den Arbeitsformen (Wohngruppe und Tagesgruppe) wird das Erreichen der in Hilfe- und Erziehungsplan festgelegten Ziele systematisch überprüft. Verantwortlichkeiten und Aufzeichnungsformen sind festgelegt. Zum Ende der Maßnahme werden Abschlussbericht bzw. Befragungen durchgeführt (siehe 8.2.1).

## **8.3 Lenkung fehlerhafter Produkte**

#### **Feststellungen**

Es gibt ein beschriebenes Verfahren „Anregungen- und Beschwerdemanagement“.

Im Heimparlament der Kinder- und Jugendlichen werden regelmäßig Beschwerden- und Verbesserungsideen gesammelt.

In allen Formen der Arbeit mit Hilfe- und Erziehungsplänen wird regelmäßig die Zielerreichung bewertet und die Maßnahmenplanung angepasst.

#### **Hinweis**

- In den Ablauf der Bereichsleiterbesprechung soll der regelmäßige Tagesordnungspunkt „Fehler“ aufgenommen werden, um Fehler wahrzunehmen, zu dokumentieren und Schwerpunkte von Fehlerarten zu ermitteln.

## **8.4 Datenanalyse**

### **Feststellungen**

Für die Balanced Scorecard „Cordia“ wird intensiv an der Erarbeitung besonders steuerungsrelevanter Kennzahlen gearbeitet. Zahlen über Auslastung, Ertrag, Mehrarbeitsstunden und Resturlaub stehen zeitnah monatlich zur Verfügung. Die Auswertung von der Zielerreichung in Erziehungsprozessen, Kunden- und Mitarbeiterbefragungen und Beschwerden stehen ebenfalls als Daten zur Verfügung, ebenso die Planung und Realisierung von Verbesserungsprojekten des Qualitätsentwicklungsplans.

### **8.5.1 Ständige Verbesserung**

#### **Feststellungen**

Im Jahr 2007 wurden 65 Verbesserungsmaßnahmen durchgeführt. Prozesse wie „6-Wochen-Praktikum“, „Leitungsbereitschaft“, „Kassenführung“ und „Eingangsdagnostik“ wurden geregelt, dokumentiert und eingeführt. Es liegt eine Jahresqualitätsentwicklungsplanung für 2008 vor. Die Bearbeitung der Projekte läuft.

### **8.5.2 Korrekturmaßnahmen und 8.5.3 Vorbeugungsmaßnahmen**

#### **Feststellungen**

In allen Formen der Arbeit mit Hilfe- und Erziehungsplänen wird regelmäßig die Zielerreichung bewertet und es werden Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen für die Arbeit mit dem Kind bzw. Jugendlichen gestaltet.

Auch in den Gremien der Einrichtung werden Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen entwickelt bzw. durchgeführt: z.B. Mitarbeitende im Gruppendienst werden durch Training im Umgang mit Aggressionen (PART) geschult, für den Umgang mit sexueller Gewalt werden Prozesse und Handlungsanweisungen erarbeitet, eine Broschüre mit Checklisten „Jugendhilfeeinrichtungen - ein sicherer Ort“ wurde mit dem Träger entwickelt, alle Mitarbeitenden werden regelmäßig als Ersthelfer geschult.

Ein dokumentierter Ablauf für Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen, der insbesondere die Ursachenermittlung enthält, fehlt im Handbuch.

#### **Abweichungen**

- Ein Verfahren für Korrekturmaßnahmen muss beschrieben werden. Dies könnte in einer allgemeingültigen Form für die Arbeit an Verbesserungsprojekten (z.B. in Qualitätszirkeln) angelegt sein.
- Ein Verfahren für Vorbeugemaßnahmen muss beschrieben werden. Dies könnte in Form einer Matrix geschehen, an welchen Stellen der Organisation (z.B. Gremien) Risikoanalysen durchgeführt werden und wer jeweils dafür verantwortlich ist.

#### **Hinweis**

- In den Ablauf „Projektmanagement“ im Qualitätshandbuch des Trägers soll der Schritt einer „Risikoanalyse“ aufgenommen werden.

## Auditergebnis im Überblick

	nicht auditiert	--	-	o	+	++
4.1	QM-System				X	
4.2.2	QM-Handbuch				X	
4.2.3	Lenkung von Dokumenten			X		
4.2.4	Lenkung von Aufzeichnungen			X		
5.1	Verpflichtung der Leitung					X
5.2	Kundenorientierung					X
5.3	Qualitätspolitik					X
5.4.1	Qualitätsziele					X
5.4.2	Planung des QM-Systems					X
5.5.1	Verantwortung und Befugnis			X		
5.5.2	Beauftragter der obersten Leitung					X
5.5.3	Interne Kommunikation					X
5.6	Managementbewertung			X		
6.1	Bereitstellung von Ressourcen					X
6.2	Personelle Ressourcen			X		
6.3	Infrastruktur	X				
6.4	Arbeitsumgebung	X				
7.1	Planung der Produktrealisierung			X		
7.2	Kundenbezogene Prozesse					X
7.3	Entwicklung			X		
7.4	Beschaffung	X				
7.5.1	Lenkung der Produktion und DL-Erbringung					X
7.5.2	Validierung der Prozesse zur DL-Erbringung				X	
7.5.3	Kennzeichnung und Rückverfolgbarkeit			X		
7.5.4	Eigentum des Kunden				X	
7.6	Lenkung von Überwachungs- und Messmitteln	X				
8.2.1	Kundenzufriedenheit				X	
8.2.2	Internes Audit			X		
8.2.3	Überwachung u. Messung der Prozesse				X	
8.2.4	Überwachung u. Messung des Produkts				X	
8.3	Lenkung fehlerhafter Produkte			X		
8.4	Datenanalyse					X
8.5.1	Ständige Verbesserung					X
8.5.2	Korrekturmaßnahmen		X			
8.5.3	Vorbeugungsmaßnahmen		X			

**Legende:** -- nicht erfüllt, kritische Abweichung \*  
 - teilweise erfüllt, unkritische Abweichung  
 o Akzeptabel, Hinweis beachten  
 + gut erfüllt  
 ++ sehr gut erfüllt

\* Die kritischen Abweichungen begründen sich aus der Normforderung, hier explizit dokumentierte Verfahren nachzuweisen. Diese Verfahren sind nicht beschrieben.

4. Juni 2008

Datum



Auditleiter

## **Zusammenstellung der im Bericht gegebenen Abweichungen, Hinweise und Empfehlungen zu den Normabschnitten**

### **4.2.2 Qualitätsmanagementhandbuch**

#### **Empfehlung**

- Der Verzicht auf die Abbildung des Prüfrhythmus in der Fußzeile der Dokumente führt zu Vereinfachung der QM-Dokumentation.

### **4.2.3 Lenkung von Dokumenten und 4.2.4 Lenkung von Aufzeichnungen**

#### **Hinweise**

- Die Aufbewahrungszeit für Protokolle muss in der entsprechenden Matrix (7.2.4.3) noch ergänzt werden.
- Im Bereich der Mobilen Betreuung muss die Aufbewahrung der Akte nach Abschluss der Maßnahme geklärt werden.
- Für einzelne Mitarbeitende soll der Umgang mit dem PC noch weiter geschult werden.
- Das Auffinden von Formularen soll vereinfacht werden.
- Der Zugang zum Intranet muss für alle Bereiche jederzeit sichergestellt werden.
- Um Verwechslungen auszuschließen soll das Dokument 6.11.2 in „Zugang zu SPFH“ umbenannt werden.
- Die Gesamtseitenzahl eines Dokuments muss auch in der ausgedruckten Form erkennbar sein.

### **5.3 Qualitätspolitik**

#### **Empfehlung**

- Die Leitsätze des Trägers sollten wieder einmal allen Mitarbeitenden kommuniziert werden.

### **5.5.1 Verantwortung und Befugnis**

#### **Hinweis**

- Die Stellenbeschreibungen der Fachbereichsleitungen müssen erstellt werden.

### **5.6 Managementbewertung**

#### **Hinweis**

- Eine Managementbewertung mit den von der Norm vorgeschriebenen Eingaben (z.B. Auditergebnisse, Folgemaßnahmen vergangener Managementbewertungen, Änderungen im Umfeld) muss jährlich durchgeführt und dokumentiert werden.

### **6.1 Bereitstellung von Ressourcen und 6.2 Personelle Ressourcen**

#### **Hinweise**

- Die Überwachung der vorgeschriebenen Anzahl der durchgeführten Supervisionssitzungen der Teams muss geregelt werden.
- Die Arbeit aller Supervisoren soll von den Teilnehmenden bewertet werden.
- Die Mitarbeiterfördergespräche müssen mit allen Mitarbeitenden im vorgesehen Zeitraum durchgeführt werden.

#### **Empfehlungen**

- Die Überwachung der Zielerreichung aus den Mitarbeiterfördergesprächen durch die Fachbereichsleitungen (FBL) sollte systematisiert werden (Übersicht über Ziele und Maßnahmen in einer Tabelle bei jedem FBL).

- Für die Berufspraktikanten sollen regelmäßige Feedbackgespräche mit der Praxisanleitung eingeführt werden.
- Die Einarbeitung von Berufspraktikanten sollte in Teilschritten geplant werden (z.B. erster Tag, erste Woche, erster Monat).

## **7.1 Planung der Dienstleistungs- und Produktrealisierung**

### **Hinweise**

- Die Erziehungsplanung muss in allen Fällen zeitnah nach Aufnahme erfolgen und dokumentiert werden.
- Die Erziehungsplanung soll immer vom „Persönlich Verantwortlichen Mitarbeiter“ (PVE) durchgeführt werden.
- Die Regelungen beim Wechsel eines Klienten vom ambulanten Dienst zum stationären Bereich sollen überprüft werden.
- Standards für die Nachbetreuung von Jugendlichen in der „Mobilen Betreuung“ sollen definiert werden.

### **Empfehlung**

- Es soll überprüft werden, ob das persönliche Fotoalbum als Abschiedsgeschenk für Kinder und Jugendliche auch in anderen Gruppen praktiziert werden kann.

## **7.3 Entwicklung**

### **Hinweis**

- Die Dokumentation bei der Entwicklung neuer Dienstleistungen muss nachvollziehbar die Anforderungen der Norm erfüllen, insbesondere die formulierten Entwicklungseingaben und die Bewertung der Entwicklungsergebnisse durch die Verantwortlichen.

### **7.5.3 Kennzeichnung und Rückverfolgbarkeit**

#### **Hinweis**

- Das Stellen der Medikamente für die Kinder bzw. Jugendlichen muss entsprechend der Regelung im QAB umgesetzt werden. Das „Medikamentenkontrollblatt“ muss lückenlos geführt werden.

### **7.5.4 Eigentum des Kunden**

#### **Empfehlung**

- Die Abrechnung des Kleidergelds soll für Außenstehende einfach nachvollziehbar dokumentiert werden.

## **8.2.1 Kundenzufriedenheit**

### **Empfehlung**

- Die Form der Rückmeldung, insbesondere in den Tagesgruppen, soll überdacht werden. Ein leitfadengestütztes Abschlussgespräch, dokumentiert durch die Mitarbeitende, verspricht mehr qualitative Verbesserungsimpulse.

## **8.2.2 Internes Audit**

### **Hinweis**

- Audits sollen in der Einrichtung regelmäßig durchgeführt werden. (Dabei sind jährliche Bereichsaudits eine sinnvolle Form.) Ein jährliches Auditprogramm soll vom QEB erstellt werden.

### **8.3 Lenkung fehlerhafter Produkte**

#### **Hinweis**

- In den Ablauf der Bereichsleiterbesprechung soll der regelmäßige Tagesordnungspunkt „Fehler“ aufgenommen werden, um Fehler wahrzunehmen, zu dokumentieren und Schwerpunkte von Fehlerarten zu ermitteln.

### **8.5.2 Korrekturmaßnahmen und 8.5.3 Vorbeugungsmaßnahmen**

#### **Abweichungen**

- Ein Verfahren für Korrekturmaßnahmen muss beschrieben werden. Dies könnte in einer allgemeingültigen Form für die Arbeit an Verbesserungsprojekten (z.B. in Qualitätszirkeln) angelegt sein.
- Ein Verfahren für Vorbeugemaßnahmen muss beschrieben werden. Dies könnte in Form einer Matrix geschehen, an welchen Stellen der Organisation (z.B. Gremien) Risikoanalysen durchgeführt werden und wer jeweils dafür verantwortlich ist.

#### **Hinweis**

- In den Ablauf „Projektmanagement“ im Qualitätshandbuch des Trägers soll der Schritt einer „Risikoanalyse“ aufgenommen werden.